30 Fälle von Extrauteringravidität und Hämatocele retrouterina

aus der Universitäts-Frauen-Klinik zu Heidelberg.

Stanford University Library DEC 16 19

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medicinischen Facultät

der

Ruprecht-Carls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Oscar Reichert.

Dekan: Geh. Hofrat Prof. Dr. Kehrer.

Referent: Geh. Hofrat Prof. Dr. Kehrer.

Buchdruckerei Joh. Witzler, Heidelberg.
1900.

30 Fälle von Extrauteringravidität und Hämatocele retrouterina

aus der Universitäts-Frauen-Klinik zu Heidelberg.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen medicinischen Facultät

der

Ruprecht-Carls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Oscar Reichert.

Dekan: Geh. Hofrat Prof. Dr. Kehrer.

Referent: Geh. Hofrat Prof. Dr. Kehrer.

Buchdruckerei Joh. Witzler, Heidelberg.
1900.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153311_0028

Eine der Hauptfragen, die in letzter Zeit teils auf Congressen, teils in zahlreich erschienenen Arbeiten die Gynäkologen beschäftigt haben, ist die der Extrauterin-gravidität und damit im Zusammenhang die der Hämatocele retrouterina.

Einen kleinen Beitrag hierzu möge die vorliegende Arbeit bilden, welche die bis zum Jahr 1899 in der Heidelberger Universitäts-Frauen-Klinik zur Behandlung gekommenen Fälle umfasst. Ausdrücklich mag hervorgehoben werden, dass nur diejenigen Fälle berücksichtigt wurden, bei denen durch die Operation die Diagnose sicher gestellt werden konnte. Eine ausgetragene Gravidität im rudimentären Nebenhorn wurde als nicht hierzu gehörig weggelassen; dieselbe soll demnächst ausführlich in einer Arbeit von Dr. Erwin Kehrer veröffentlicht werden. Somit bleiben uns 30 Fälle, die aus den Jahren 1889—1899 stammen. Die Gesammtzahl der während dieser Zeit stationär behandelten Patienten beträgt 5900, was einem Prozentsatz von 0,5 entspricht.

Vor 1889 konnte kein einziger Fall von Extrauterinschwangerschaft gefunden werden, aber auch Hämatocele wurde nur äusserst selten diagnostizirt, nie operirt, was wohl darauf beruht, dass bei dem anscheinend seltenen Vorkommen diese Erkrankung öfters verkannt wurde und man sich, da meist keine dringende Indikation zu einem sofortigen operativen Eingriff bestand, mit der exspektativen Behandlung begnügte.

Seit wir nun aber durch das operative Vorgehen eine genauere anatomische Kenntnis dieser Erkrankung gewonnen haben, sahen wir auch eine stetige Zunahme derselben, vor allem in den beiden letzten Jahren.

Ehe ich nun auf die Erkrankung und speciell die hier geübte Therapie näher eingehe, lasse ich zunächst eine Beschreibung der beobachteten Fälle folgen.

Fall 1. 1889. III. 21.

Frau K. B., 38 Jahre alt, aus Kaiserslautern, war stets gesund. Am 8. IX. 1888 stiess ihr die Deichsel eines rasch fahrenden Fleischerwagens gegen das Kreuz und warf sie zu Boden. Das Pferd trat sie dann noch auf die linke Seite des Leibes und rechten Oberschenkel. Patientin versuchte weiter zu gehen, brach aber nach 3 Schritten bewusstlos zusammen. Erst nach 4 Stunden kam sie wieder

zu sich und klagte über hochgradige Schwäche, Flimmern vor den Augen, starke Schmerzen in der l. Seite des Leibes und im Kreuz. Zur Zeit des Unfalls bestanden 2 Tage die Menses. In den nächsten Tagen nach der Verletzung starke Auftreibung des Leibes mit Fieber, 14 Wochen bettlägerig. Nach dem Aufstehen Schwäche und Steifigkeit im linken Bein.

Pat. heiratete im 35. Jahr, gebar 2 mal normal vor $2^1/_2$ und $1^1/_2$ Jahren, Wochenbett afebril. Stillte. Periode stets regelmässig, 4 wöchentl., 4 Tage dauernd, mit Schmerzen vor Beginn. Nach dem Unfall dauerte die Blutung in ziemlicher Stärke 4 Wochen lang an, sistirte darauf 3 Monate, dann 8 Tage lang starke Blutung mit Abgang von Stücken, nach 8 Tagen Pause, erneute 8 tägige Blutung (Anfang Januar). Seitdem keine Blutung mehr. Zur Zeit derselben Exacerbation der Leib- und Kreuzschmerzen. Aufnahme am 21. I. 1889. Patientin klagte über Schmerzen in der linken Seite des Leibes und Kreuz. Obstipation, Schmerzen beim Stuhlgang (Stuhl breit gedrückt, bandartig), Harndrang, zeitw. Schmerzen beim Urinieren. Temperatur 38,2.

Befund: Mittelgrosse, mittelkräftige Frau, Aussehen leicht ikterisch. Innere Organe gesund. Portio hochstehend, unmittelbar hinter der Symphyse. Lab. ant. kaum fühlbar, Lab. post. stärker vorspringend. Os ext. klaffender Querspalt. Hinteres Scheidengewölbe und obere Hälfte der hinteren Vaginalwand durch einen prall elastischen, rechterseits fluctuirenden Tumor heruntergetrieben. Tumor seitlich nahe bis zum Beckenrand gehend. Oberfläche glatt. Uterus von aussen unmittelbar oberhalb der Symphyse fühlbar. Fundus 5 cm oberhalb des oberen Symphysenrandes, dahinter durch eine Querwand getrennt ein prall elastischer Tumor, der bis 9 cm oberhalb der Symphyse sich erstreckt und in den Beckentumor unmittelbar übergeht. Hintere Uterusfläche breit mit dem Tumor verbunden.

Diagnose lautete auf Hämatocele retrouterina (in Narkose vorgenommen.)

22. I. Kolpotomia posterior in Steissrückenlage u. Narkose. Freilegen der Vagina durch vordere, hintere u. seitliche Platten, 3 cm. langer Sagittalschnitt im hinteren Scheidengewölbe. Umsäumung der Wundränder beiderseits durch je 3 Catgutknopfnähte. Stumpfes Tieferdringen, bis man nach ca. $1^1/_2$ cm. auf Peritoneum und Tumor kommt. Incision, wonach eine chocoladefarbige, dicke Flüssigkeit mit ca. 150 gr grosser, grauer Flocken sich entleert. Ausräumung der Höhle, die sich überall glatt innen anfühlt, mit dem Finger. Durchspülen mit 3% Carbolsäurelösung, Jodoformgazetamponade der Höhle. Druckverband aufs Abdomen. Wattetamponade der Vagina. Mikroskopisch konnten keine Chorionzotten nachgewiesen werden.

Verlauf: gänzlich fieberfrei. Die Leib- und Kreuzschmerzen schwanden sofort, 3 mal Erbrechen am ersten Tag.

23. I. Wattetampon entfernt. Carbolsäureausspülung der Scheide.

25. I. Jodoformgaze riecht übel, wird ganz entfernt. Durchspülung der Höhle mit 2% Carbols., Spülwasser leicht getrübt, mit Flocken vermischt. Neue Jodoformgaze eingeführt.

27. I. Gaze entfernt. 2 mal Ausspülung d. Höhle mit Carbols. darnach kurzdauernder Collaps. Neue Gaze eingeführt.

31. I. Gaze entfernt, riecht übel. Abgang einer graugelben, übelriechenden Flüssigkeit (ca. 2 Esslöffel) mit kleinen weisslichen Fetzen vermischt. Ausspülung mit 2% Carbols. Catgutsuturen gehen ab. Neue Tamponade.

2. II. Tamponade erneuert.

3. II. Ausser Bett.

5. II. Sekretion noch reichlich, nur Vagina tamponirt.

8. II. Ausfluss gering. Incisionsöffnung noch für 1 Finger durchgängig, Ausspülung der Höhle. Lose Tamponade.

17. II. Entlassen.

Beschwerdefrei, Patientin fühlt sich kräftig. Portio dick, median, nach vorn und hinten gerichtet. Corpus nach vorn oben gerichtet, klein. Hinter dem Uterus diffuse Resistenz. Cavum uteri 6,5 cm. lang. Im hinteren Scheidengewölbe 2 cm. lange Incisionsnarbe, granulirend.

Eine absolut sichere Diagnose war in diesem Falle auch bei der Operation nicht zu stellen, es konnte sich also eben sowohl um eine traumatische Hämatocele, wie Hämatocele nach Tubarabort handeln. Das 3 monatliche Ausbleiben der Periode allein ist auch nicht massgebend, da dieses auch durch die infolge der Peritonitis entstandenen Adhäsionen bedingt sein konnte.

Fall 2. Hämatocele nach Tubarabort. 1890 III. 5.

Frau J. E., 29 Jahre alt aus Seckenheim, war früher stets gesund, heiratete im 26. Jahr und gebar 3 mal normal, vor 5 Jahren, 2 Jahren und vor 7 Monaten. Im 1. Wochenbett Spätblutung vom 14.—18. Tag, afebril. Stillte. Periode seit dem 18. Jahr stets regelmässig, 4 wöchentl., 4—5 Tage dauernd. Erste Periode nach der letzten Geburt am 1. XI. 1889, 5 Tage dauernd. Mitte November anfallsweise auftretende, reissende krampfartige Schmerzen im Leib circa $^1/_2$ Stunde andauernd, 2 mal in der Woche. Am 24. XII. 1889 unter Wiederauftreten der Leib- und Kreuzschmerzen eine starke Genitalblutung, die in wechselnder Intensität bis jetzt andauernd. Seit dieser Zeit Obstipation mit Schmerzen beim Stuhlgang u. Uriniren, Leib- u. Kreuzschmerzen. Aufgenommen am 13. I. 1890. Temp 37,0, Puls 84. Befund: Vagina weit. Porti oder vorderen Beckenwand genähert,

kurz, dick, nach hinten und unten gerichtet. Corpus wenig verdickt, derb, nach vorne sehend. Hinter- und beiderseits vom Uterus derbe, mässig druckempfindliche Resistenz, die in einem hinter dem scharf abzugrenzenden Uterus liegenden, oben bis zur Mitte der Nabelhöhe, seitlich auf die Darmbeinschaufeln übergehenden u. oben zieml. scharf abzugrenzenden Tumor sich fortsetzt. Letzterer zeigt vom hinteren Scheidengewölbe aus tiefe Fluktuation.

Die Behandlung war anfänglich expektativ, Bettruhe, Soolbäder, Priessnitz auf den Leib. Dabei abendliche leichte Temp. Steigerungen bis 38,4 mit zeitweise auftretenden Leib- und Kreuzschmerzen. Heisse Vaginalirigationen.

27. I. 90. Bis heute tgl. geringer Blutabgang. Schmerzen unverändert, machen Morphiumgebrauch nötig. Tumor noch etwas gewachsen.

31. I. Kolpotomia posterior in Narkose.

Querschnitt i. hinter. Scheidengewölbe (weil Douglas wenig vorgebuchtet war.) Stark blutende Wundränder m. Seidenknopfnähten umsäumt. In 2 cm Tiefe gelangt man in die Tumorhöhle, aus der sich ca. 195 gr geronnenes Blut teils spontan teils durch Aussendruck entleert. Tamponade der Höhle mit Jodoformgaze, jodoformirter Wattetampon in die Vagina.

Verlauf: Am 1. Tag 4 mal Erbrechen. Leib- u. Kreuzschmerzen fast verschwunden. Puls und Temparatur normal, geringer Blutabgang.

1. II. Erbrechen dauert fort. Nachts anfallsweise starke ziehende Schmerzen in den Oberschenkeln. Vaginaltampon erneuert. Temp. 38,4, Puls 102.

3. II. Entfernung der Jodoformgaze, neue eingeführt u. täglich erneuert.

7. II. Starke Sekretion. Incisionsöffnung noch für 2 Finger durchgängig. Beim Austasten des Sackes, fühlt man an der hinteren Wand einen breit aufsitzenden papillären Tumor, rechts oben noch Blutgerinnsel, die mit dem Finger entfernt werden. Neue Jodoformgaze eingeführt.

26. II. Entlassen.

Incisionsöffnung knapp für 1 Finger durchgängig. Uterus antevertirt, isolirt abtastbar. Corpus verdickt, derb, der Innenwand des bedeutend geschrumpften Sackes sitzt hinten und links der papilläre, ziemlich derbe Tumor breit auf, in der Kuppe des Sackes noch einige Blutgerinnsel, die manuell entfernt werden. Höchster Punkt der Sackwand 2 Fingerbreit oberhalb der Symphyse.

Pat. klagt noch zeitweise über geringe Kreuzschmerzen und Schwächegefühl.

Eine mikroskopische Untersuchung des papillären Tumors ist leider unterblieben, auch waren keine weiteren Nachrichten über das spätere Befinden der Patientin zu erlangen.

Fall 3. Tubarabort. 1892 III. 3.

Frau S. A. 40 Jahre alt aus Heidelberg. Als Kind Halsbräune, im 17. Jahr Bleichsucht. Patientin verheiratete sich im 22. Jahr und gebar 6 mal normal, zuletzt März 1890. Wochenbetten afebril, im dritten nach Aufhören der Lochien 9 Tage lang Blutung, auch in den letzten beiden starker Blutabgang. Stillte. Periode seit dem 14. Jahr stets regelmässig, 4 wöch., 8 Tg. d., mit Schmerzen, letzte Anfang September 1891, darnach 6 Wochen Amenorrhoe. Seit 24. X. plötzlich starke Blutung, darnach andauernd Blutabgang in wechselnder Stärke. Anfangs Leib- und Kreuzschmerzen in die Beine ausstrahlend, in letzter Zeit Nachlassen derselben. Klagt über häufiges Schwindelgefühl.

Aufgenommen am 5. I. 92.

Befund: zieml. kräftige Frau.

Portio verdickt, hart mit Erosionen. Corpus leicht vergrössert, druckempf., retrodextrovertirt. Beide Ovarien palpabel. Im Douglas apfelgrosser Tumor.

12. I. Laparotomie.

Medianlängsschnitt bis 2 Finger breit unter den Nabel. Rechte Tube stark dilatirt, entleert beim Versuch, sie in die Höhe zu ziehen, eine chocoladefarbige, dicke Flüssigkeit in die Bauchhöhle. Isthmus der Tube erweitert, geht nach hinten in einen stark vaskularisirten, glatten, rötlichen Tumor über, der in den Douglas herabreicht und aus einer unteren und oberen Abteilung besteht. Der Tumor ist hinter dem rechten Parametrium gelagert und damit so fest verwachsen, dass eine Ablösung ohne Exstirpation des Parametrium unmöglich erscheint, deshalb Unterbindung des Isthmus 1 cm vom Tumor entfernt und Ablösung des Tumors, wobei letzterer platzt und einen chocoladefarbigen Inhalt entleert. Die Tubarsacköffnung wird erweitert und die bräunlich-schwarz gefärbten Blutgerinnsel (65 gr) mit dem Finger ausgeräumt. Das Gerinnsel hängt der Innenwand des Sackes fest an. Austupfen desselben und Umnähen mit 12 Matratzennähten. Bauchnaht.

Verlauf: An den ersten 5 Tagen leichte abendliche Temp.-Steigerungen bis 38,6.

Stuhl vom 2. Tag ab auf Einlauf.

Am 5. Tag Abends 2 Minuten dauernder Collaps, dann normaler Verlauf.

Am 11. Tag Nähte entfernt.

Vom 13.—17. Tag Periode mässig stark.

Am 18. Tag ausser Bett.

Am 24. Tag entlassen.

Narbe per primam geheilt. Portio steht hinten hoch rechts, sieht abwärts, zieml. dick. Uterus elevirt, Fundus fast in Nabelhöhe. Der collabirte Sack ist nicht mehr zu fühlen.

Fall 4. Tubarabort mit Hämatocele. 1893 III. 290.

Frau J. P. 37 Jahre alt aus Eppelheim. Patientin war nie krank, heiratete im 26. Jahr und gebar 3 mal normal, auserdem abortirte sie im 4. Monat vor 2 J. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 20. Jahr, 4 wöchentlich, 3—4 Tg. d., seit der Verheiratung stärker. Vor 4 Wochen trat plötzlich unter heftigen Schmerzen im Unterleib eine starke bis jetzt andauernde Blutung ein. Klagt über Kreuzschmerzen, erschwerte schmerzhafte Stuhlentleerung.

Aufgenommen am 21. IX. 93.

Befund: Gracil gebaute, sehr schwache, kachektisch aussehende Frau. Innere Organe gesund. Leib gespannt. Uterus vergrössert, sinistroanteponirt von etwas weicher Consistenz, jedoch nach keiner Seite hin scharf abzugrenzen, Hinter ihm bis zum Kreuzbein, seitlich bis beinahe an die Beckenwand reichend, eine prall elastische, $1^1/_2$ faustgrosse schmerzhafte Geschwulst, nach oben bis in die Mitte zwischen Nabel und Symphyse reichend. Ovarium nicht palpabel.

Retentio urinae. Katheterisation.

Im Anschluss an eine Uterussondirung 5 Tage leichte Temp.-Steigerung.

30. IX. Laparotomie.

Medianlängsschnitt von der Symphyse bis oberhalb des Nabels. Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man einen glatten, prallen, unregelm. Tumor, der mit der Hinterfläsche des Uterus fest zusammenhängt und das Becken hinten und zu beiden Seiten fast ganz ausfüllt. Beim Lösen einiger Darmadhäsionen platzt die Wandung an der obersten Fläsche und es ergiesst sich eine Menge teils geronnenen, teils flüssigen Blutes in die Bauchhöhle. Die Tumorhöhle wird möglichst entleert, darnach zeigt sich die rechte Tube eng mit dem Tumor verwachsen aber lösbar zu einer eigrossen Geschwulst umgewandelt, deren Inneres aus Blut und placentarartigem Gewebe besteht. Doppelte Ligatur des Stiels und Abtragung der Tube. Der Uterus liegt etwas links und antoponirt, in seiner Grösse und Consistenz etwa dem 2 bis 3 Monat der Gravidität entsprechend. Da ein exacter Verschluss des unregelmässig retrouterinen Sackes nicht möglich erscheint, wird seine Wandung durch Seidenknopfnähte ringsherum mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand vernäht, die Höhle selbst mit sterilisirter Jodoformgaze fest austamponirt. Schluss der Bauchwunde nach schürzenartiger Bedeckung der Intestina durch das Omentum maius.

Gewicht der entfernten Blutmassen und Tube 715 gr. Verlauf: in den nächsten Stunden nach der Operation zieml. heftige Leibschmerzen. Kein Erbrechen. Temp. abends 37,6, Puls 116.

1. X. Verbandwechsel, weil stark serös durchdrängt. 1 mal Erbrechen. Temp. ab. 37,9, Puls 120.

2. X. Mehrere Stunden Schlaf. Schmerzen geringer. Kein Erbrechen. Ab. 1 mal Stuhl auf Klysma. Verbandwechsel. Abends 38,2, Puls 120.

3. X. Drainagegaze ganz entfernt, neu eingeführt. Von da ab täglich Drainagegaze erneuert unter stetig abnehmender Sekretion. Allgemeinbefinden täglich besser, Appetit. Keine Schmerzen.

10. X. Die eingeführte Sonde gelangt nur noch 8 cm in die Tiefe. Gaze erneuert. Geringe Eiterung bei normaler Temperatur.

18. X. Wohlbefinden, Drainagehöhle bis auf einen kleinen Fistelgang geschlossen.

26. X. Entlassen:

Bauchnarbe glatt verheilt, lineär, 14 cm lang, 4 cm vom unteren Ende entfernt führt eine stecknadelkopfgrosse Fistelöffnung ca. 6 cm in die Tiefe. Leib wenig gespannt. Uterus anteflectirt, Fundus dicht unter dem oberen Symphysenrand, etwas nach links. Im hinteren Scheidengewölbe eine Resistenz fühlbar, die dem Hämatocelensack entspricht. Herz-, förmige Leisten mit dazwischenliegenden Höhlen.

Wiedervorstellung am 14. II. 96.

Abort im VII. Monat, sehr schmerzhafte Wehen. In der unteren Bauchnarbenhälfte eine kleine, wenig secernirende Fistel.

Fall 5. Tubarabort mit Hämatocele. 1894. III. 96.

Frau M. Z. 49 J., aus Quirnheim. Vater an Phthise gestorben. Patientin war als Kind gesund, hatte im 24. Jahr Rheumatismus, verheiratete sich im 32. Jahr. Im Jahr 1877 gebar sie normal, 1878 und 1884 jeweils Abort im III. Monat. Wochenbetten afrebil. Periode seit dem 16. Jahr stets regelm., seit $1^1/_2$ Jahren unregelm., stärker, seit Dezember 1893 keine Menses mehr. Klagt über Schmerzen im Unterleib und Kreuz, unregelmäss. Stuhl, Harndrang und zeitweise Unfähigkeit spontan zu uriniren. Bemerkt angeblich seit einem Jahr eine an Grösse zunehmende Geschwulst im Leib.

Aufgenommen am 3. IV. 94.

Befund: Schlank gebaute Frau mit anämischem Aussehen. Portio weit vorn, os externum für eine Fingerspitze durchgängig. Corpus anteponirt, elevirt, leicht palpabel. Im Douglas und nach beiden Seiten hin, die Beckenhöhle ganz ausfüllend, ein nach oben bis unter den Nabel reichender,

prall elastischer, kaum beweglicher, nicht fluctuirender glatter Tumor, nicht druckempfindlich.

4. IV. 94. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Beim Hervorwälzen des glatten, im Douglas leicht adhärenten Tumors platzt derselbe und der breiige, wie altes Fibringerinnsel aussehende Inhalt tritt aus, durch Compressen am Einfliessen in die Bauchhöhle verhindert. Unterbindung der l. A. Spermatica, Abtragung von l. Tube und Ovar, die mit dem Tumor in enger Verbindung stehen. Eine breite, flächenhafte Adhärenz des Tumors an l. Lig. lat. ist leicht zu lösen, worauf der Tumor entfernt wird. Nochmalige Versorgung des Tubo-Ovarialstumpfes, Bauchnaht: einfache durchgreifende Knopfnähte.

Narkose: Chloroform-Aether.

Präparat: Der Tumor hat eine dicke schwartige Wand, überall besetzt mit unregelmässigen klumpigen Massen, die aus faserigem bröckeligem Gewebe bestehen; mit der gleichen Masse ist der ganze Sack angefüllt. An der linken Seite zieht sich in geschlängeltem Verlauf nach hinten die stark erweiterte Tube ohne besonderen Inhalt. Es handelt sich also um eine Cyste des Abdominalendes der Tube mit adenomatösen Wucherungen und Blutungen, Nekrose der Zotten. Die dem Präparat anhaftende Tube erweitert sich nach dem abdominalen Ende zu allmählich und geht dann continuirlich, schon kleine papillöse Wucherungen zeigend, in den mit starken Zotten gefüllten Sack über.

Verlauf: völlig afebril, reactionslos.

13. IV. Fäden entfernt, prima reunio.

22. IV. Entlassung.

Leib flach, nirgends schmerzhaft, Narbe 13 cm. lang. Uterus anteflektirt, anteponirt. Hinter demselben eine von rechts nach links ziehende, leicht druckempfindliche, wurstartige, im Douglas gelegene Resistenz.

Ein späterer Befund konnte nicht mehr erhoben werden. Unterm 3. XI. 99 wurde auf unsere Anfrage nur mitgeteilt, dass Pat. gestorben sei, ohne nähere Angaben über ihr Befinden nach der Operation.

Fall 6. Tubarabort mit freiem Blut und Embryo in abdomine. Kleines Cystoma ovarii derselben Seite. 1894. III. 216.

Frau A. S., 26 Jahre alt, aus New-York. Pat. war nie krank, heiratete im 20. Jahr und gebar 1 mal normal vor 5 Jahren. Wochenbett afebril, stillte. Periode seit dem 12. Jahr, regelm., 4 wöch., 4 Tage d. Nach der Verheiratung unregelmässig, mit starken Schmerzen. Vor 3 Jahren 7 u. 9 Wochen Amenorrhoe.

Klagt über rechtss. Unterleibsschmerzen, besonders in den letzten 4 Wochen und Obstigation.

Aufgenommen am 3. VII. 94.

Befund: Schlanke, blassaussehende Frau. Innere Organe gesund. Uterus anteflektirt, sinistroponirt, nicht vergrössert, nicht druckempfindlich. Rechts eine hühnereigrosse prall elastische Geschwulst. Im Douglas rechts vom Uterus eine weiche, wie dicke Flüssigkeit sich anfühlende Masse, die sich z. T. wegdrücken lässt.

5. VII. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Eine sofort sichtbar werdende Dünndarmschlinge mit dunkelrotem Blut benetzt. In der Bauchhöhle und im Douglas dunkler, schon mindestens seit mehreren Tagen ausgetretenen Bluterguss und zahlreiche Gerinnsel darunter ein frei in der Bauchhöhle liegender, stark kastaniengrosser, derber sich anfühlender Blutklumpen, der sich später als Blutmole mit Embryo vom Anfang des zweiten Monats erwies. Rechtes Ovar in eine Hühnereigrosse Cyste verwandelt mit hellem Inhalt. Entfernung der Cyste nebst wallnussgrosser rechter Tube in typischer Weise. Toilette der Bauchhöhle. Naht.

Verlauf: Gleich nach der Operation heftige Leibschmerzen. 4 mal Erbrechen.

Vom zweiten Tag ab Stuhl auf Senna.

13. VII. Fäden enfternt. Geringe Stichkanaleiterung.

14. VII. Nachts krampfartige Leibschmerzen, kein Fieber.

19. VII. Ausser Bett.

24. VII. Entlassen:

Uterus retrodextroflektirt, nach rechts hinten leicht fixirt. Linkes Ovar im Douglas neben dem Fundus uteri.

Kein Exsudat nachweisbar.

Narbenlänge 15 cm. In der Mitte leichtes Klaffen wegen Ektropiums des rechten Wundrandes.

Spätere Auskunft war nicht zu erhalten.

Fall 7. Tuberabort mit Hämatocele. 1894. III. 367.

Frl. M. C., 27 Jahre alt aus Mainz. War nie krank und hat nicht geboren. Periode seit dem 13. Jahr regelm., 4 wöchentl., 3—4 Tage dauernd. Im Sommer 1893 eine 14-wöchentliche Blutung, dann regelmässige Periode. Seit 5 Wochen anhaltende Blutung mit Abgang von Klumpen und Fetzen. Seit 14 Tagen andauernde Schmerzen links im Leib und Kreuz. Dauernd zu Bett.

Aufgenommen am 27. XI. 94.

Befund: Aussehen blass. Uterus anteflektirt, antesinistroponirt, nach links hin überragt von einem ca. 4 Querfinger über die Symphyse hinaufreichenden, auf Druck

schmerzhaften, prallen, fluktuirenden Tumor, der sich in den Douglas hinaberstreckt und denselben ausfüllt.

29. XI. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Das fettreiche Netz überdeckt die ganzen Intestina. Nach Emporschieben desselben sieht man den Uterus anteflektirt, antesinistroponirt, linke Tube ein hühnereigrosser Tumor. Cavum Douglasii nach obenhin durch Adhäsionen geschlossen, mit noch ziemlich frischen, rotbrauen, weichen Blutcoagula ausgefüllt. Ausräumung d. Cavum Douglasii (Menge der Coagula: 300 gr.) Abtragung des Tubarsackes nach doppelter Unterbindung. Nochmalige Stielversorgung. Versenkung des Stumpfes, Bauchtoilette, Naht.

Präparat: hühnereigrosser Tubarsack. Auf dem Durchschnitt erscheint derselbe von einer einheitlichen, der Tubenwand zieml. fest anhängenden, Placentaartigen Masse ausgefüllt.

Verlauf. Gestört durch Stichkanaleiterung, Abscessbildung in der Wunde. Perimetritis vom 24. Tag post Operat. ab.

Am 35. Tag ausser Bett.

Am 74. Tag entlassen.

Postio median, hinten. Uterus anteflektirt, kuglig vergrössert, derb mit reichlichen perimetritischen Auflagerungen. Links vom Uterus eine hühnereigrosse, festweiche, nicht schmerzhafte Schwellung. Rechtes Parametrium frei. Uterus an der vorderen Bauchwand in der Höhe zwischen unterem und mittlerem Drittel an der Bauchnarbe durch Stränge fixirt. Narbenlänge 13 cm mit mehreren tieferen, querverlaufenden Furchen und Einsenkungen. Aus 2 Stichkanälen noch ziemliche Sekretion.

Wiedervorstellung am 25. X. 95.

Periode stets regelm., letzte vor 8 Tagen. Uterus anteflektirt, elevirt, klein, an der vorderen Bauchwand leicht adhärent. Links vom Uterus, mit demselben zusammenhängend, an der linken Tubenecke ein faustgrosser beweglicher Tumor. (Darmkonvolut.) Im unteren Bereich der Bauchnarbe eine eigrosse Bauchhernie, links von der Narbe eine kleine secernirende Fistel.

Fall 8, Tubenruptur mit ante- und retrouterinem Bluterguss. 1894 III. 381.

Frau W. H., 40 Jahre alt aus Beerfelden. Stets gesund, wurde vor 10 Jahren wegen Retoflexio uteri behandelt, verheiratete sich im 25. Jahr und gebar einmal normal vor 15 Jahren. Wochenbett afebril. Periode seit dem 15. Jahr regelmässig, 4 wöch., 8 Tage d. mit Schmerzen, letzte vor 14 Tagen. Seit heute Morgen Blutabgang per vaginam. Tags zuvor morgens auf dem Abort, infolge heftigen Pressens

plötzlich starke Schmerzen im Kreuz und Leib. Ohnmachtsanfall. Seitdem anhaltend Schmerzen und Druck auf dem Mastdarm, Schmerzen beim Abgang der Flatus. Uriniren erschwert.

Aufgenommen am 7. XII. 94.

Befund: Sehr gracil gebaute, blassaussehende Frau. Uterus retroflektirt, leicht adhärent, sehr druckempfindlich.

Am 10. XII. in Narkose: Aufrichtung des Uterus, Einlegen eines Achterpessars.

16. XII. Entlassen: Vollkommen ohne Beschwerden. Stuhl u. Urin spontan, schmerzlos. Portio wird durch das Pessar gut nach hinten gehalten. Uterus anteflektirt, retrovertirt.

Am 24. XII. 94. Wiedereintritt in die Klinik.

In der Nacht nach der Rückkehr in die Heimat heftige Magenkrämpfe. 8 mal Erbrechen, dann Besserung, jedoch wegen allgemeinen Unbehagens und Unterleibschmerzen noch zu Bett. (Gefühl als läge ein Reif um den Unterleib.) Schmerzen beim Stuhl und Uriniren. Am 22. XII. Abends beim Verlassen des Bettes heftige Schmerzen im Unterleib, dann im ganzen Leib. Erbrechen. Ohnmachtsanfälle. Druck auf den After. Vom Arzt Achterpessar entfernt u. Tampon eingeführt. Erbrechen, andauernd Schmerzen im ganzen Leib, kein Stuhl. Weitere Ohnmachtsanfälle am 23. XII. Seit Austritt aus der Klinik anhaltender geringerer Blutabgang. Am 20. XII. Abgang einer Haut (Decidua), stärkere Blutung. Am 22. XII. Blut angeblich riechend. Befinden 24. XII. Ganzer Leib, bes. in der unteren Partieen sehr empfindlich auf Druck. Uterus geradestehend, im Douglas schmerzhafte Resistenz. Adnexe nicht palpabel ohne Narkose. Wiederholt Erbrechen.

Therapie zuerst exspektativ. Priessnitz auf den Leib, Senna als Klysma.

25. XII. 7 mal Erbrechen. Schwerer Collaps, pulslos, kühle Haut. Tieflagerung des Kopfes, Campher, Aether, Weinklysma.

26. XII. Besserung. Heute Stuhl.

27/31. XII. Roborirende Diät. Tgl. Scheidenausspülungen. Glycerintampons. Untersuchung: Im Douglas pralle Geschwulst. Hinter der Symphyse links ein eiförmiger Tumor, der sich vom Uterus scharf abgrenzen lässt. Bis 6. I. 95. Abendl. Temp. Steig. bis 38,5, hohe Pulsfrequenz. Zunahme der Druckempfindlichkeit des Abdomens. Tgl. Erbrechen, Abnahme der Kräfte. Diarrhoe mit starken Schmerzen. In der rechten Seite grösserer weicher Tumor fühlbar.

7. I. Laparotomie.

Medianlängsschnitt zwischen Nabel und Symphyse. Vorliegende Darmschlingen gerötet, gebläht, untereinander verwachsen, nach dem Becken zu adhärent. Nach Lösung der

selben und Freilegen der Beckenhöhle treten alte schwarze Blutgerinnsel zu Tage, Bluterguss ante und retrouterin, Wandung des Sackes aus dicken Schwarten bestehend. Linke Tube ein Hühnereigrosser Sack mit geborstener Wand. Ampulle offen, Resektion der Tube und Versenkung des Stumpfes. Vollständige Ausräumung der Blutcoagula. Tamponade der Beckenhöhle mit Jodoformgaze, die am untern Wundwinkel vor die Bauchhöhle geleitet wird. Bauchnaht. Tubarsack wiegt 120 gr. Seine Wandungen sind verdickt, die Ampulle gedehnt. Im Tubarsack ein Stück plazentaartigen Gewebes von Wallnussgrösse.

Verlauf. Gleich nach der Operation Collaps, deshalb subcutane Kochsalzinfusion. Leicht febril während der Bauchhöhlendrainage. Stuhl zuerst am 3. Tag auf Klysma, dann spontan. Erbrechen bis zum 4. Tag.

Am 4. Tag Gazedrainage teilweise, am 6. Tag ganz entfernt. Von da ab täglich Verbandwechsel mit Erneuerung der Drainage.

Links entwickelt sich ohne Fieber eine bis zum Nabelhöhe reichende Resistenz, derb und sehr druckempfindlich, die aber allmählich wieder vollkommen zurückgeht.

Am 13. Tag Fäden entfernt.

Am 26. Tag Aufstehen. Die Sekretion ist sehr gering, wesshalb keine Gaze mehr eingeführt wird.

17. II. 95. Entlassen.

Narbenlänge 8 cm. Heilung per primam, im unteren Wundwinkel per granulationem. Uterus anteflektirt, etwas mobil. Linkes Parametrium frei, nur nach rechts ein kleiner, derber, nicht druckempfindlicher, hühnereigrosser Tumor.

Wiedervorstellung am 23. V. 95.

In der Zwischenzeit 3 mal menstruirt, 1 mal stark, dann normal. In der linken Leiste seit 8 Tagen Schmerzen. Ist arbeitsfähig.

Uterus stark sinistrovertirt u. -ponirt. Fundus adhärent. In Douglas etwas rechts eigrosser, glatter, runder, flukturiender beweglicher Tumor.

12. VIII. 95. Völlig ohne Beschwerden, arbeitsfähig.

5. VIII. 97. Seit 14 Tagen starke Schmerzen im Kreuz und Leib bes. rechts mit geringen Blutabgang. Uterus anteponirt, stark retroflektirt. Fundus schwer zu umgreifen, hinten adhärent. Im Douglas bes. nach rechts unebener druckempfindlicher Tumor von mittlerer Härte, scheinbar mit dem Fundus verwachsen.

7. XI. 99. Pat. fühlt sich vollkommen wohl. Hat nicht wieder geboren. Periode in letzter Zeit unregelmässig.

Portio median, etwas dick. Uterus I^0 retroflektirt, druckempfindlich, ebenso rechte Douglasfalte. Uebrige Adrexe normal. Laparotomiewunde etwas gedehnt, leichte Hernie.

Fall 9. Tubarabort bei intraligamentärem Sitz. 1896 III. 284.

Frau L. H. 35 Jahre alt aus Handschuhsheim, litt als Kind an Krämpfen. Sie verheiratete sich im 23. Jahr, hatte 4 normale Geburten (1 mal manuelle Placentarlösung) und 1 Abort im 2. Monat vor 3 Jahren.

Wochenbetten afebril. Periode seit dem 17. Jahr, 4wöch., 2—3 Tage dauernd, bis 3. V. 96, dann Aussetzen bis 14. VI. Von da ab andauernd geringer Blutabgang. Am 21. VI. heftige krampfartige Schmerzen mit Uebelkeit und Schwindel. Seit 8 Tagen wieder krampfartige Schmerzen.

Aufgenommen am 13. VII. 96.

Befund: Mittelkräftige, gesund aussehende Frau. Portio links, sieht abwärts. Uterus sinistroponirt. Rechts vom Uterus mit ziemlich breitem Stiel ansitzend, fast bis zum Beckenrand reichend eine apfelgrosse, weiche Geschwulst. Nach links unten davon, näher dem Uterus lässt sich eine kastaniengrosse, derbere Geschwulst nachweisen.

14. VII. Laparotomie.

Medinallängsschnitt. Rechts vom Uterus sieht man einen ins breite Band entwickelten, länglich runden, über hühnereigrossen, bläulich durchschimmernden Tumor. Tubarsack des uterinen Tubenendes ist auf eine kurze Strecke normal dick. Hervorziehen der rechten Uteruskante mit Hackenzange, doppelte Ligatur von Tube und Parametrium, dazwischen Durchtrennung. Spaltung des Peritoneums über dem abdominalen Ende des Tubersackes, Unterbindung des Spermatikalbündels. Darauf gelingt die Ausschälung des Tubarsackes leicht, doch platzt dabei der unterste Teil des Sackes und es entleert sich eine ziemliche Menge alter Eitermassen. Nochmalige Stumpfversorgung und fortlaufende Peritonealnaht des rechten Parametriums. Toilette der Bauchhöhle. Ausbreiten des Netzes. Achternaht der Bauchwände.

Verlauf: Vorübergehend leicht fabril. Stuhl vom 3. Tag ab.

Am 5. und 11. Tag Verbandwechsel, an letzterem Fäden entfernt.

Am 24. Tag: Ausser Bett.

Am 10. VIII. Entlassen:

Uterus sinistroponirt und etwas elevirt, vergrössert. Adnexe frei. Narbenlänge 11,5 cm.

Brief vom 5. XI. 99. Nicht geboren seitdem, Periode regelmässig, befindet sich wohl und kann die schwerste Arbeit verrichten.

Fall 10. Hämatocele retrouterina. 1897. III. 152.

Frau M. E. 30 Jahre alt, aus Tiefenbach. Früher Bleichsucht, vor 6 Wochen Nierensteinkoliken. Verheiratete sich im 24. Jahr, hat nicht geboren. Periode seit dem 14. Jahr

unregelmässig, bis Frühjahr 1896, dann regelmässig. Seit 3 Wochen unregelmässige Blutungen mit Abgang von Stücken.

Klagt über Schmerzen beim Stuhlgang, sowie andauernd in der linken Seite.

Aufgenommen am 27. IV. 97.

Befund: Ziemlich kräftige, gut aussehende Frau. Uterus dextrovertirt, Cavumlänge 8 cm. Links vom Uterus ein über Faust grosser, bis an die Beckenwand reichnender, derber Tumor.

3. V. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Im Douglas, mehr links entwickelt, ein von einer gelblich grünen Membran überzogener Tumor mit glatter Oberfläche, der bei Berührung leicht einreisst. Manuelle Ausräumung der Blutcoagule, Auswischen mit sterilen Gazetupfern, feste Tamponade des Sackes mit Jodoformgaze, die zum unteren Wundwinkel herausgeleitet wird. Sodann Bauchnaht, Peritoneum mit fortlaufend Catgut, Recti, Panniculus und Haut mit Achterseidennähten. Gewicht der entfernten Coagula 240 gr.

Verlauf: Am 2. Tag ab 39°, sonst afebril.

Am 7. Tag Gaze entfernt. von da ab täglich neue Gaze eingeführt.

Am 9. und 10 Tag Fäden entfernt.

Am 20. Tag ausser Bett.

Am 21. V. 97. Entlassen.

Uterus retrodextrovertirt. Parametrien frei, nicht schmerzhaft. Narbenlänge 13 cm. Im unteren Teil eine $3\,^1/_2$ cm lange granulirende Oeffnung mit 2 kleinen Fistelgängen in die Tiefe.

Fall 11. Seit 4 Jahren getragenes Lithokelyphopädion in Abdomine. 1897. III. 336.

Frau F. M., 38 Jahre alt, aus Lustadt, erblich phthisisch belastet, war sie früher nie krank. Sie verheiratete sich im 19. Jahr und gebar 2mal normal, zuletzt vor 16 Jahren. Periode seit dem 14. Jahr angeblich stets regelmässig, bis zur Operation. Nach derselben gab sie an: Vor 4 Jahren sei 3 Monate Amenorrhoe bestanden. Während eines Spazierganges ging ganz ohne Schmerzen glötzlich Blut ab. Die hinzugezogene Hebamme hielt die Sache für ungefährlich. Pat. hielt sich selbst damals für schwanger. Hierauf wieder 2 Monate Amenorrhoe. Dann plötzlich Auftreten von krampfartigen Schmerzen mit Drängen nach unten. Kein Fieber, keine Ohnmacht. Der hinzugezogene Arzt stellte Gravidität fest. Anfangs ging kein Blut ab, doch bestanden die Schmerzen bald stärker, bald schwächer Tag und Nacht fort, und es entwickelte sich ein starker Meteorismus. 4 Tage

lang Obstipation, Retentio urinae, deshalb Katheterisation. Nach 9—10 Tagen Besserung. Dann plötzlich, während sie ruhig auf dem Sopha sass, Ohnmachtsanfall, der sich in den nächsten 14 Tagen noch 3 mal wiederholte. 3 Wochen nach dem ersten Anfall ohne vorherige Blutung Abgang eines streifigen, hühnereigrossen Stückes aus der Vagina, von der Hebamme für ein Stück Nachgeburt gehalten. Dabei 3 Tage lang Blutabgang. 8 Tage später stand Patient. wieder auf, die Schmerzen sistirten. Doch hielt sich Patient. noch weiter für gravid bis zu 1 Jahr. Dann nahm nach vorherigem Abmagern das Körpergewicht rasch um 50 Pfd. zu. Zeitweise bestanden noch Schmerzen bes. links im Unterleib. Im letzten Jahre verschlechterte sich der Zustand wieder, sodass Pat. August 1897 den Arzt consultirte, der sie nach digitaler Untersuchung sofort der Klinik überwies, zumal Pat. unfähig war, irgend eine Arbeit zu verrichten.

Aufgenommen am 24. IX. 97.

Befund: Kräftig gebaute Frau von anämischem Aussehen. Innere Organe gesund. Vorwölbung des Unterleibes zwischen Nabel und Symphyse, daselbst ein derber, höckeriger, nicht fluktuirender Tumor, palpabel, der sich nach dem kleinen Becken zu fortsetzt.

Portio rechts vorn und hoch. Uterus schwer palpabel, gestreckt, dextrovertirt. Vom hinteren Scheidengewölbe aus fühlt man eine derbe, mehrhöckerige Masse von verschiedener Consistenz. Tuben und Ovarien nicht palpabel.

27. IX. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Grosses Netz liegt vor und ist mit dem darunter liegenden Tumor adhärent. Es wird nach Lösung der Adhäsionen nach oben geschlagen und nun wird ein Tumor von graugelber Farbe sichtbar, der sich hart anfühlt und mit den Dünndarmschlingen innig verwachsen ist. Beim Anhacken reisst die Zange aus und es kommt ein rötlicher Brei zum Vorschein, der sich als das Gehirn eines Foetus erweist. Der Versuch, den Dünndarm stumpf abzupräpariren, misslingt, es wird die Serosanaht eines verletzten Dünndarmes nötig. Der Foetus, in einer fest mit den Därmen verwachsenen Kapsel gelegen, wird sodann ganz ausgeschält, wobei Teile der Kapselwand mit ihm in Verbindung bleiben, der Rest der Kapsel wird zurückgelassen. Im Grunde des Sackes sitzt die Placenta fest an, sie wird, so gut als möglich, gelöst, wobei keine Blutung eintritt. Nunmehr wird die Sackwand etwas resecirt und die Hauptmasse des Sackes durch Catgut ringsum mit dem Parietalperitoneum vernäht, die Höhle selbst mit Jodoformgaze fest austamponirt, diese nach aussen geleitet und die Bauchhöhle unter- und oberhalb mit Achterseidennähten geschlossen. Eine ausführliche Beschreibung

des interessanten Präparates wird Herr Dr. Erwin Kehrer veröffentlichen.

Verlauf: 6 Uhr nachm. 38,8, Puls 108. Starke Sekretion, Verbandwechsel. Kein Erbrechen. 8 Kochsalzklysmata. Urin spontan.

28. IX. Geringer Meteorismus. Starke Sekretion (serös). Temp. Morgens 39,0. Puls 108. Abends 39,3. Puls 128. Im Laufe des Tages 2 mal Stuhl. 2 mal Verbandwechsel.

29. IX. Allgemeinbefinden besser.

Temp. Morg. 38,6. Puls 116.
„ Ab. 39,0. „ 116.

2 mal Verbandwechsel. Drainagegaze teilweise entfernt.

30. IX. Temp. Morg. 38,0. Puls Morg. 104.
„ Ab. 38,3. „ Ab. 96.

Neue Gaze eingeführt. 4 mal Stuhl auf Sennaklystier.

1. X. Temp. Morg. 37,8. Puls Morg. 96.
„ Ab. 38,1. „ Ab. 104.

Gaze tägl. entfernt, Wundhöhle mit 2% Carbolsäurelösung ausgewischt und neue Gaze eingeführt.

2—4. X. Wohlbefinden. Temp. normal.

5. X. Abends 38,7. Puls 100. Schmerzen auf der Brust. Lungenbefund normal.

6. X. Abends 38, 3. Puls 104.

7. X. Abends 38,9. Puls 100. Fäden gezogen, keine Stichkanaleiterung. Von da ab normale Temperatur. Tgl. Stuhl auf Sennaklystier. Vom 14. X. ab spontan.

18. X. Aufstehen.

6. XI. Entlassen.

Uterus stark elevirt, anteponirt. Im Douglas derber, nach unten convexer, hufeisenförmiger, von vorn nach hinten abgeplatteter Tumor, der hinter dem Uterus heraufgeht. Abdomen fühlt sich hart an. Narbenlänge 15 cm, unten lineär, nach oben zu breiter werdend, daselbst noch kleine Fistelöffnung.

Wiedereintritt in die Klinik am 14. II. 98. 5 Wochen nach der Operation wieder Periode, sehr gering, schmerzlos, in Pausen von 3 Wochen, Seit 7 Wochen Amenorrhoe. Zu Hause beständig Schmerzen im Unterleib. Seit 14 Tagen geschwulstartige Auftreibung des Unterleibes.

Befund: Eingezogene Laparotomienarbe in der Mittellinie, zu beiden Seiten Vorwölbungen. Links grosser, fluktuirender Tumor, rechts kleinere Geschwulst. In der Bauchdecke zwei Kirschkerngrosse harte Knoten.

15. II. 98. Probelaparotomie.

Längsschnitt über dem linksseitigen Tumor. Nach Eröffnung des Peritoneums wird ein glattwandiger mit Perio-

toneum überzogener Tumor sichtbar. Bei der Probepunktion entleert sich eine ziemlich klare, seröse Flüssigkeit. Verlängerung des Hautschnittes, Incision der Cystenwand, wobei unter starkem Innendruck der Inhalt abfliesst. Der eingeführte Finger gelangt in eine geräumige Höhle, die nach links abgeschlossen ist; nach rechts communizirt sie durch ein kleines, in der, der Laparotomienarbe entsprechenden medianen Scheidewand gelegenes Fenster mit der rechten Tumorhöhle. In dem der Symphyse zu gelegenen Abschnitt findet man einige höckerige Vorragungen. Mässige Blutung beim Austasten. Die Cystenränder werden nun rings an das Parietalperitoneum angenäht, die Höhle selbst mit Jodoformgaze austamponirt, die Gaze vor die Bauchwunde geleitet. In der Punktionsflüssigkeit reichlich Eiterzellen.

Verlauf: Afebril bis zum 23. Tag. Dauernde Pulsfrequenz. Täglich Jodoformgazetamponade des sich rasch verkleinernden Sackes.

8. III. Aufstehen.

9. III. Abends 38,0 Appetitlosigkeit.

10. III. Abends 38,2.

15. III. Aetzen des Drainagekanals mit 2% Argent nitr. Tamponade.

16. III. dto.

18. III. Schnittwunde verheilt, Fistel noch offen.

5. IV. Entlassen,

Portio median, vorn, klein, platt. Im hinteren Scheidengewölbe stark prominenter, gänseeigrosser Tumor, fluktuirend, geht links bis fast zur Beckenwand und buchtet das Scheidengewölbe stark vor. Nach rechts geht der Tumor in einer derben Masse bis nahe an die Beckenwand. Uteruskörper nicht abgrenzbar.

Patientin starb 4 Monate später zu Hause an Entkräftung. Leider wurde vom Arzt versäumt, uns rechtzeitig zur Sektion zu rufen, so dass es nicht fest gestellt werden konnte, ob es sich in diesem Falle um Tubarabort oder -Ruptur handelte und von welcher Seite dieselbe ausging.

Fall 12. Hämatocele retrouterina. 1897. III. 348.

Frau J. R., 35 Jahre alt, aus Dühren, hatte als Kind Scharlach und Masern, seit 9 Monaten Rheumatismus. 6 normale Geburten, letzte vor 1 Jahr. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 17. J. stets regelmässig, 4 wöch., 2 Tage dauernd. Erste Periode nach dem letzten Wochenbett Ende Juli 1897. Mitte August ohne vorherige Erscheinungen plötzlich reissende Schmerzen im Leib, ohne Ohnmacht oder Schwindel. Am nächsten Tag Blutabgang mit starken Schmerzen, seitdem andauernd Blutung, mit der Zeit an Stärke abnehmend. Vom Arzt ohne digitale Unter-

suchung an Darmentzündung behandelt. Bis Ende August zu Bett. Nach dem Aufstehen Schwindelgefühl u. am 7. Tage erneute heftige Schmerzen ohne Fieber. Schmerzen beim Stuhlgang. Am 17. IX. erstmals explorirt und dann sofort der Klinik überwiesen.

Aufgenommen am 30. IX. 97.

Befund: Gracil gebaute, anämische Frau. Uterus anteponirt, anteflektirt, sinistrovertirt. Im Douglas eine kleinfaustgrosse, weiche, fluktuirende, das hintere Scheidengewölbe kuppelartig vortreibende Geschwulst.

2. X. Kolpotomia posterior.

Längsschnitt im hinteren Scheidengewölbe, Eröffnung des Peritoneums, Ausräumung des grossen Hämatocelensackes mit Finger und sterilen Gazetupfern nach Fixirung der seitlichen Wundränder durch zwei Catgutknopfnähte. (Menge der entfernten Coagula: 500 gr). Jodoformgazetamponade.

Verlauf: Afebril.

5. X. Erneuerung der Tamponade des Hämatocelen-Sackes.

7. X. Täglich neue Gaze eingeführt.

12. X. Gaze mit Terpentin getränkt, eingeführt und täglich erneuert.

19. X. Aufstehen. Keine Drainage mehr nötig.

30. X. Entlassen.

Uterus anteflektirt. Im hinteren Scheidengewölbe, entsprechend der Incision noch eine granulirende Grube.

Brief vom 4. XI. 99. Periode nach der Entlassung regelmässig, vor 5 Wochen normaler Partus. Leidet seit 2 Jahren an Gicht, sodass sie fast beständig liegt.

Fall 13. Hämatocele retrouterina nach Tubarabort. 1897 III. 408.

Frau J. N., 39 Jahre alt aus Neckarsteinach. Im 12. Jahr nervenkrank, vor 4 Jahren Magenbeschwerden, Frühjahr 1897 Herzklopfen und stechende Schmerzen auf der Brust. Verheiratete sich im 28. Jahr und hatte 4 normale Geburten und 1 Abort im II. Monat. Letzte Geburt vor 6 Jahren. Im letzten Wochenbett 14 Tage lang Fieber. Stillte. Periode seit dem 16. Jahr 4 wöch., 3—4 Tg. d. Seit der Verheiratung 3 wöch., stark. Letzte Periode vor 13 Wochen Vor 5 Wochen Nachmittags plötzlich Leibschmerzen, 2—3 rasch aufeinander folgende, kurz dauernde Ohnmachten, starke Kopfschmerzen und Collaps. Dabei geringer Blutabgang aus der Scheide. Der hinzugezogene Arzt diagnostizirte Gravidität und verordnete Opium, worauf die Schmerzen nachliessen. Schmerzen beim Uriniren. Nach 8 Tagen ausser Bett, darauf erneute Schwindelanfälle u. Unterleibsschmerzen.

Seitdem zu Bett. Zeitweise Husten und Auswurf mit abendl. Temp.-Steigerungen bis 38,4. Klagt über Obstipation.

Aufgenommen am 24. XI. 97.

Befund: Vagina leicht livide. Portio sieht abwärts. Uterus anteponirt. Vor demselben zieht von rechts nach links eine verdickte Masse, die nach links in einem fluktuirenden Tumor übergeht. Im hinteren Scheidengewölbe fühlt man eine dasselbe verwölbende fluktuirende Geschwulst.

L. Lunge hat an der Spitze Schallverkürzung, links hinten unten Knistergeräusch.

24. XI. Laparotomie.

Kleiner Medianlängsschnitt. In der Tiefe der graugelb aussehende Tumor, dem eine Dünndarmschlinge fast adhärent aufliegt. Aus dem dünnwandigen Sack ergiesst sich nach Punktion eine beträchtliche Menge einer jauchigriechenden, braungelben Flüssigkeit, durch Compressen am Einfliessen in die Bauchhöhle verhindert. Darauf Spaltung des Sackes und Ausräumung einer Menge Klumpen und alter Blutcoagula. Dabei starke Blutung. Fixation des Sackes an das parietale Peritoneum. Tamponade des Sackes durch Jodoformgaze, die am unteren Wundwinkel vor die Bauchwunde geleitet wird. Bauchnaht.

Verlauf: 3 mal geringe Temp.-Steigerung bis 38,5.

Stuhl und Urin vom 2. Tage ab.

Wegen starker Sekretion täglich neue Gaze auf die Wunde gelegt.

Drainagegaze am 2. Tag halb, am 4. Tag ganz entfernt, worauf aus der Tiefe noch citriges übelriechendes Sekret abfliesst. Neue Jodoformgaze eingeführt und täglich erneuert.

23. XII. Periodisch auftretende Leibschmerzen.

29. XII. Ausser Bett.

9. I. 98. Entlassen.

Uterus sinistroponirt, anteflektirt, dextrovertirt, mobil. Links vom Uterus dicker Strang. Narbenlänge 11,25 cm.

Wiedervorstellung am 21. II. 98.

Periode noch nicht eingetreten. Vor 3 Wochen wehenartige Schmerzen im Leib. Befund unverändert.

Brief vom 3. XI. 99: Alles in bester Ordnung.

Ende November 1899: Wiedervorstellung.

Aussehen blühend. Befund unverändert.

Fall 14. Tubenruptur mit Foetus vom V. Monat in abdomine. 1898 III. 156.

Frau K. S. 28 Jahre alt, aus Ludwigshafen. Stets gesund, verheiratete sich im 24. Jahr und gebar 1 mal normal vor 6 Jahren. Wochenbett afebril. Stillte.

Periode seit dem 16. Jahr regelmässig, 4 wöch., 2 Tage dauernd. Letzte an 10. XII. 97; am selben Tage fiel Pat.

Am 18. I. 98 geringer Blutabgang. Am 10. II. stellte der Arzt fragliche Gravidität fest. Am 18. II. Schmerzen im Leib, Collaps. Nach weiteren 3 Tagen Abgang einer häutigen Membran.

Aufgenommen am 23. IV. 98.

Befund: Vagina stark livide. Colostrum. Portio nach vorn gegen die Symphyse gedrängt, elevirt, linksstehend. Uterus sinistroponirt, anteflektirt, lang, gross, Douglas hinten und bes. nach rechts von einem grossen, nicht fluktuirenden Tumor ausgefüllt. Vom hinteren Scheidengewölbe aus direkt hinter dem Uterus scheinbar kleine Teile zu fühlen.

24. IV. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Dem stark vergrösserten Uterus sitzt rechts ein dunkelblauroter, faustgrosser Tumor auf, der geplatzte rechte Tubarsack. Derselbe wird hart am Uterus mehrfach ligirt und abgetragen, die blutenden Gefässe isolirt nochmals ligirt. In der Tiefe des Douglas der Foetus liegend, dem 5. Monate entsprechend. Bei seiner Entfernung und der der Placenta starke paremchymatöse Blutung, durch provisorische Tupfer-Tamponade gestillt. Wegen drohenden Darmvorfalls rasch Naht des Peritoneums, Tupfer durch Jodoformgaze ersetzt, letztere zum unteren Wundwinkel nach aussen geleitet. Länge der männlichen Frucht 25 cm.

Gewicht derselben 312 gr.

„ der Placenta 200 gr.

Verlauf: 2 mal leichte Temp. Steigerung bis 38,2. Wegen starker Sekretion tgl. neue Gaze aufgelegt.

26. IV. Jodoformgazedrainage teilweise entfernt. Reichliches Aussikern schwärzlichen Blutes.

30. IV. Gaze ganz entfernt, durch neue ersetzt, von da ab täglich.

16. V. Sekretion eitrig, übelriechend.

18. V. Mit Ol. Therebint. getränkte Gaze eingeführt.

22. V. Gummidrain eingelegt, täglich gewechselt, da sich noch immer reichlich Gewebestückchen abstossen.

26. V. Tamponade und Drain weggelassen. Ausser Bett. Täglich ein Vollbad.

16. VI. Entlassen.

Portio median, sieht nach links vorn, abwärts. Corpus anteflektirt, dextrovertirt, gut zurückgebildet. Dicht am Uterus rechts ein kleinfaustgrosser, in sagittaler Richtung etwas verschieblicher, bis an die rechte seitliche Beckenwandung reichender, mässig harter, parametritischer Exsudattumor. Linkes Ovar etwas vergrössert, nicht druckempfindlich.

Narbenlänge 14 cm. 3 cm oberhalb des unteren Wundwinkels eine stecknadelkopfgrosse, serös-eitrig secernirende Fistelöffnung, die ca. 6—8 cm in die Tiefe führt, beim Sondiren leicht blutend.

Wiedervorstellung am 3. XI. 98.

Rechts vom Uterus noch kleinapfelgrosser Tumor. Fistelgang sondert noch einige Tropfen Eiter ab.

5. XI. 99. Patientin fühlt sich vollkommen gesund. Periode regelmässig, 4 wöch., 2 Tage dauernd, mit Schmerzen Uterus anteflektirt. Normal gross, dextrovertirt. Dahinter und rechts noch Reste der parametrischen Exsudats nachweisbar. Laparotomienarbe fest, Fistel geheilt.

Fall 15. Tubararbort. 1898 III. 193.

Frau M. S. 23 Jahre alt aus Speier. Stets gesund, verheiratete sich im 19. Jahr und gebar 2 mal normal, zuletzt Mai 1897. Wochenbetten afebril. Periode seit dem 15. Jahr, 3—4 wöch., 2—3 Tage dauernd, bis Ostern 1898. Dann 8 Tage nach der richtigen Zeit wieder Blutung, gleichzeitig krampfartige Schmerzen in der linken Seite. 12—14 Tage lang Schwäche und Schwindelanfälle, viel Erbrechen. Seitdem alle paar Tage Abgang von geringen Blutmengen ohne Schmerzen. Kein Abgang einer Decidua.

Aufgenommen am 11. V. 98.

Befund: Vagina nicht deutlich livide. Uterus anteflektirt, vergrössert, etwas weich. Links davon eine hühnereigrosse Geschwulst, teils hart, teils fluktuirend sich anfühlend.

13. V. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Links breit mit dem Uterus verbunden eine bläuliche Geschwulst, bestehend aus der sackartig erweiterten linken Tuba, die in ihrem uterinen Ende auf 2 cm noch erhalten ist. Auf beiden Seiten des Sackes werden Ligaturen angelegt und derselbe dazwischen abgetragen. Beim Anziehen platzt der 45 gr schwere Fruchtsack. Einzelligatur der Gefässe, Bauchnaht.

Verlauf in den ersten 3 Tagen und am 10. Tag leicht febril bis 38,6.

Am 10. Tag Fäden gezogen. Primäre Heilung.

Am 16. Tag Aufstehen.

Entlassen am 1. VI. 98.

Feste Bauchnarbe von 10 cm Länge. Uterus hoch und 2 Finger breit über und links an der Symphyse, den Bauchdecken adhärent. Im linken Parametrium taubeneigrosser, bis an die Uteruskante herantretender Tumor.

Brief vom 6. Nov. 99.

Periode nach der Operation regelmässig.

Am 1. IX. 99. nach vollkommen normaler Schwangerschaft rasch verlaufende Geburt eines ausgetragenen Knaben.

Fall 16. Tubenruptur mit freien Blutcoagula in abdomine. 1898 III. 265.

Frau K. D. 28 Jahre alt aus Weinheim. Als Kind Masern, im 16. Jahr Bleichsucht, vor 7 Jahren Beschwerden beim Uriniren, verheiratete sich im 19. Jahr, gebar 5 mal normal, zuletzt vor 3 Jahren. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 13. Jahr, 4 wöch., 5 Tage dauernd, mit Schmerzen, letzte vor 7 Wochen, schwächer als die früheren. Darnach andauernder Blutabgang. Kein Ohnmachtsanfall. Kein Deciduaabgang. Kein Fieber.

Aufgenommen am 27. VI. 98.

Befund: Grosse, gracil gebaute, abgemagerte Frau.

Portio ektropionirt. Uterus steilstehend, dick, anteflektirt. Rechts und hinter dem Uterus ein unbestimmt abzugrenzender Tumor. Linkes Ovar normal, rechtes nicht palpabel.

1. VII. Kolpotomia posterior.

Querer Schnitt durchs hintere Scheidengewölbe, durch vorderen und hinteren Wundrand je 2 Catgutzügel gelegt. Nach Eröffnung des Douglas entleert sich sofort eine Menge schwärzlicher Blutcoagula. Zugleich wird eine Darmschlinge und die sackartig erweiterte rechte Tube in der Wunde sichtbar. An derselben fühlt man eine Rupturstelle. Die Blutcoagula werden nunmehr vollends ausgeräumt; die Tube selbst mit zu entfernen, gelingt nicht, da das brüchige Gewebe beim Anziehen überall ausreisst. Die Blutung steht vollkommen, deshalb Jodoformgazetamponade des Tubarsackes und des Douglas, Knoten der Vaginalzügel.

Verlauf: Am 7. Tag Ab. 38,3, sonst normale Temperatur. Am 1. Tag Katheterisation, sonst spontan Urin. Douglastamponade vom 3.—9. Tag erneuert.

Am 15. Tag: Ausser Bett.

Am 20. VI. Entlassen.

Uterus destroponirt, anteflektirt, gross, hinter der Portio querverlaufende Narbe. Uterus gut beweglich.

Nov. 1899: Periode stets regelmässig nach der Operation. Uterus anteflektirt, retrovertirt, beweglich. An den Adnexen nichts Pathologisches.

Fall 17. Tubarabort. 1898 III. 324.

Frau L. B. 29 Jahre alt aus Michelfeld, war früher stets gesund, verheiratete sich im 27. Jahr und gebar 3 mal normal, zuletzt vor $1^1/_2$ Jahren. Im 2. Wochenbett Temp. Steigerung am 3. und 4. Tag.

Periode seit dem 17. Jahr, 4 wöch., 3—4 Tage dauernd, mit starken Schmerzen, reichlich, letzte vor 12 Wochen. Vor 6 Wochen geringer, kurz dauernder Blutabgang mit wehenartigen Schmerzen, nach hinten und ins rechte Bein

ausstrahlend. Kein Ohnmachtsanfall, keine Decidua abgegangen. Nach einigen Tagen liessen die Schmerzen nach, kamen aber vorübergehend immer wieder. Seit 4 Wochen fast täglich geringer Blutabgang. Patientin ist sehr entkräftet und gänzlich arbeitsunfähig.

Aufgenommen am 28. VII. 98.

Befund: Uterus anteflektirt, sinistrovertirt. Rechts davon ein weicher unregelmässig gestalteter Tumor, der rechten Tube angehörend. Colostrum.

29. VII. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Rechts vom Uterus durch einen ca. 2 cm langen, $^1/_2$ cm dicken Strang (Tube) mit ihm verbunden ein bläulich roter, weicher Tumor. Derselbe sitzt fest im kleinen Becken und ist teils dessen Peritoneum teils dem Uterus adhärent. Beim Ablösen der Adhäsionen und dem Versuch den ganzen Tumor vor die Bauchhöhle zu wälzen, platzt derselbe, das ausfliessende schwärzliche Blut wird durch Compressen aufgefangen. Beiderseitige Ligatur der rechten Tube und des Parametriums, Gesamtligatur des Spermatikalbündels. Abtragen des Tubarsackes. Einzelligatur der Gefässe. Bauchnaht.

Verlauf: In den ersten 3 Tagen leicht febril bis 38,2.

Am 7. Tag Verbandwechsel.

Am 11. Tag Fäden gezogen.

Am 14. Tag Ausser Bett.

Am 21. VIII. 98. Entlassen.

Uterus anteflektirt, dextrovertirt, beweglich. Kein Exsudat. Narbenlänge 8 cm.

Wiedervorstellung am 26. IX. 98.

Periode regelmässig, letzte vor 8 Tagen ohne Beschwerden, Befund unverändert.

4. VIII. 99. Letzte Periode Mitte Dezember 1898. Jetzt Gravida im IX. Monat.

Narbe fest, verbreitert, stark pigmentirt, ebenso die Nadelstichnarben.

I. Schädellage. Kind lebt.

Brief vom 5. XI. 99. Alles in bester Ordnung. Am 8. IX. normale rasch verlaufene Geburt.

Fall 18. Tubenruptur mit freiem Blut in abdomine. 1898 III. 328.

Frau J. F. 33 Jahre alt aus Niederliebersbach. Stets gesund, in letzter Zeit Magenkrämpfe. Heiratete im 25. Jahr und gebar 1 mal normal vor 13 Jahren. Wochenbett afebril. Stillte. Periode seit dem 15. Jahr. 4 wöch., 3 Tg. dauernd, mit Schmerzen, letzte vor 12 Wochen, Vor 8 Tagen nach anstrengender Feldarbeit Nachts wehenartige, ziehende Unterleibsschmerzen mit Ohnmachtsanfall und kurzer Bewusstlosig-

keit. Beides wiederholte sich noch einige Male. Kein Abgang von Blut oder einer Decidua.

Klagt über Obstipation.

Aufgenommen am 3. VIII. 98.

Befund: Colostrum.

Vagina livide. Uterus vergrössert, dextroanteponirt und -vertirt. Im Douglas ein schmerzhafter Tumor, der median eine Furche zeigt und sich dann bes. nach links hin entwickelt von weicher Beschaffenheit.

5. VIII. 98. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Nach Eröffnung des Peritoneums ergiesst sich eine reichliche Menge teils geronnenen, teils ungeronnenen Blutes aus der Wunde. Der bereits geplatzte linksseitige Tubarsack lässt sich leicht und unter mässiger Blutung aus der Wunde vorziehen. Unterbindung des Stiels mit Catgut. Abtragung des linken Sackes mit linkem Ovar. Die Därme in der Umgebung des Sackes sind mit dunkelrot gefärbten Adhäsionen bedeckt. Uterus stark vergrössert. Einzelligatur der Gefässe. Bauchnaht.

Präparat. Foetus9 cm lang, 13,25 gr schwer. Gewicht des Sackes 65 gr, Höhe 7, Breite 8 cm.

Der auf der hinteren Fläche verlaufende Riss ist ca. 10 cm lang. An der betr. Stelle ist die Tubenwand stark verdünnt. Dieselbe ist von zahlreichen Blutungen durchsetzt, die unter dem den Sack auskleidenden Amnion sitzen. An der Aussenseite ist der Sack und das Ovar von entzündlichen Membranen bedeckt. Die Placenta sitzt an der Vorder- und Aussenseite des Sackes. Nabelschnur inserirt hinten, unten Dotterbläschen deutlich. Corpus luteum im linken Ovar.

Verlauf: Bis zum 4. Tag leicht febril bis 38,4. Am 11. Tag Fäden gezogen. Stichkanaleiterung. In der Mitte der Wunde kleine granulirende Stelle.

22. VIII. Ausser Bett.

28. VIII. Entlassen.

Uterus anteflektirt, sinistrovertirt. Im Douglas ein mit Strängen versehener, derber, schmerzhafter Tumor. Narbenlänge 10 cm. Gute Heilung.

Brief vom 6. XI. 99. Periode regelmässig. Wohlbefinden.

Fall 19. Hämatocele retrouterina. 1898 III. 478.

Frau W. M. 43 J. alt aus Walldorf, hatte im 10. Jahr Scharlach, vor 9 Jahren Erysipel. Verheiratete sich im 22. J. und gebar 7 mal normal, 1 Abort im 5. Monat vor 6 Jahren. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 14. Jahr, früher unregelmässig, vor der Verheiratung nur 4—5 mal. danach regelmässig, 4 wöchentl., 2—3 Tage dauernd, letzte Periode vor 8 Wochen. Vor 4 Wochen heftige krampfartige

Schmerzen im Unterleib, 8 Tage dauernd, dann $^1/_2$ Tag Blutabgang. Kein Collaps, kein Abgang einer Decidua.

Aufgenommen am 10. XI. 98.

Befund: Portio rechts, in mittlerer Symphysenhöhe. Cervikalkanal bis fast zum Os int. für Fingerkuppe durchgängig. Fundus handbreit über der Symphyse. Uterus anteponirt, gestreckt, derb. Hinteres Scheidengewölbe durch einen fluktuirenden, unregelmässigen Tumor vorgebuchtet. Obere Grenze desselben nicht palpabel.

11. XI. Kolpotomia posterior

nach vorausgegangener Probepunktion, bei der sich braunschwarzes Blut entleerte. Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe. Nach Eröffnung des Douglas entleeren sich sofort massenhaft Blutcoagula und ungeronnenes schwarzes Blut. Der Tumor wird dabei leicht von oben her ins Becken hineingedrückt. Durch die Wundränder werden 2 vordere und 2 hintere Catgutzügel zum Auseinanderhalten gelegt und sodann der ganze Sack mit Finger und Gazetupfern ausgeräumt. Tamponade des Sackes mit Jodoformgaze. Menge der Blutcoagula ca. 120 gr.

Verlauf: 2 mal 38,2.

Am 3. Tage Gaze teilweise, am 4. Tag ganz entfernt und bis zum 14. Tag tägl. neue eingeführt. Anfangs reichliche Sekretion, die am 7. Tag bräunlich schmierig aussieht und etwas übel riecht. Vom 15. Tag an nur noch Auswischen der Vagina.

Am 16. Tag ausser Bett.

2. XII. Entlassen:

Portio tief, rechts, sieht nach abwärts, gross, derb, os ext. Querspalten. Uterus vergrössert, dextroponirt, gestreckt, mobil. Im hinteren Scheidengewölbe granulierende Incisionswunde mit derb infiltrirten Rändern. Im Douglas eine unregelmässige, derbe, quer hinter dem Uterus herziehende Schwarte als Rest des Hämatocelensackes.

Wiedervorstellung am 5. XI. 99.

Periode nach der Operation regelmässig, Pat. fühlt sich vollkommen gesund. Uterus III^0 retroflektirt. Kolpotomienarbe ganz normal. Rechtes Parametrium etwas verkürzt, Ovar nicht erkrankt. Linke Adnexe normal. Starker Fluor albus. Pessar eingelegt.

Fall 20. Hämatocele retrouterina. 1898. III. 485.

Frau A. B., 40 Jahre alt, aus Rheinau, hatte im 8. Jahr Masern, im 22. Jahr Keuchhusten, im 28. Jahr Cholelithiasis. Verheirathete sich im 18. Jahr und gebar 4 mal, bei der letzten Geburt Forceps vor 3 Jahren. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 14. Jahr, 4wöchentlich, 8 Tage dauernd mit Schmerzen, letzte Ende September, danach alle

paar Tage geringer hellroter Blutabgang. Ende Oktober angebl. wieder Periode mit Abgang schwarzen Blutes. Nach derselben heftige krampfartige Schmerzen links im Unterleib, alle paar Tage sich wiederholend mit geringem Blutabgang. Kein Collaps, kein Abgang einer Decidua.

Aufgenommen am 12. XI. 98.

Vom 22.—26. XI. Blutabgang ohne Schmerzen.

Befund: Colostrum. Viel Zucker im Urin. Vagina mässig livide, schlaff. Uterus schwer palpabel, dextroponirt. Portio leicht livide. Im hinteren Scheidengewölbe, vom Uterus undeutlich abgrenzbar besonders links entwickelter, weicher, scheinbar fluktuirender Tumor, über dessen Kuppe ein querer Strang verläuft.

29. XI. Punktion (in Narkose.)

Vom hinteren Scheidengewölbe aus. Entleerung von ca. 50 gr. eingedickten Blutes. Scheidentamponade. In den nächsten Tagen continuirlicher Abgang rötlich brauner schleimiger Flüssigkeit.

8. XII. Entlassen.

Im Douglas noch eine diffuse Resistenz nachweisbar.

Wiedervorstellung am 9. XI. 99.

Zu Hause keinerlei Beschwerden mehr. Periode regelmässig, 4 wöchentlich, 5—6 Tage dauernd, letzte vor 8 Tagen.

Befund: Prolaps der hinteren Vaginalwand. Uterus anteflektirt, mobil. Links von seiner Kante ausgehend ein weicher eindrückbarer, scheinbar aus 2 Teilen bestehender beweglicher, kleinpflaumengrosser Tumor, die linke Tube. Rechte Adnexe normal. Noch sehr viel Zucker im Urin, sonst keine Erscheinungen von Diabetes.

Fall 21. Tubarabort. 1898. III. 510.

Frau J. L., 35 Jahre alt, aus Hockenheim. Ausser Bleichsucht nie krank. Verheiratete sich im 24. Jahr und gebar 2 mal normal, zuletzt vor 7 Jahren. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 12. Jahr, anfangs unregelmässig, nach der Verheiratung regelmässig, letzte Mitte September. 4 Wochen danach spurweise Blutung, 8 Tage später heftige krampfartige Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuz. Nach weiteren 8 Tagen erneute Blutung, zeitweise stark. Seit Ende Oktober andauernd Blutung. Kein Collaps, kein Fieber, keine Decidua.

Aufgenommen am 1. XII. 98.

Befund: Anämisches Aussehen. Portio wenig livide, sieht abwärts. Cervicalkanal teilweise für Fingerkuppe durchgängig. Uterus anteflektirt, kaum vergrössert. Hinter dem Uterus eine den Douglas nach unten vorwölbende,

weiche Geschwulst, die links gerieft erscheint und ausserordentlich schmerzhaft ist. Abgang rötlich braunen Schleimes.

2. XII. Kolpotomia posterior, nach ergebnisloser Punktion.

Nach Eröffnung des Peritoneums kommt man auf den freien Tubarsack. Bei der Punktion desselben unter Entgegendrücken von oben entleeren sich nur einige Tropfen blutiger Flüssigkeit. Darauf Einschneiden des Tumors mit dem Messer, wobei man in den zweiteiligen, mit Blutgerinnseln angefüllten Tubarsack gelangt. Reichlicher Abgang braunroter Flüssigkeit. Feste Tamponade des Sackes und des Douglas mit Jodoformgaze.

Verlauf: vom 3—6 Tag bis 38,2 Temp.

Am 2. Tag Katheterisation.

Am 3. Tage Gaze teilweise, am 4. Tag ganz entfernt, bis zum 11. Tag täglich neue eingeführt. Niemals Nachblutung, zeitweise Abgang von Fetzchen aus der Kolpotomiewunde.

Am 11. Tag ausser Bett.

Am 16. Tag entlassen.

Uterus anteflektirt. Im hinteren Scheidengewölbe eine eingezogene Narbe. Rechtes Parametrium verdickt.

Wiedervorstellung am 28. XII. 98.

Uterus sinistroponirt, dextrotorquirt, anteflektirt, klein. Rechts hinten kleiner, derber, wenig schmerzhafter Tumor.

Fall 22. Hämatocele retrouterina. 1898 III. 511.

Frau K. K. 34 Jahre alt aus Steinsfurth, litt vor 9 J. an einem Karbunkel, vor 2 Jahren an Ulcus cruris, heiratete im 25. Jahr, gebar 6 mal normal, zuletzt am 12. VI. 98 und abortirte 1 mal im 2. Monat. Wochenbetten afebril. Periode seit dem 16. Jahr, 4 wöch., 5—6 Tage dauernd, letzte Anfangs Okt. Darnach andauernd Abgang blutigen Schleimes, beständige Unterleibsschmerzen. Nach Ueberanstrengen beim Waschen traten Nachts plötzl. heftige, wehenartige Schmerzen im ganzen Unterleib ein, von 1-tägiger Dauer. Nach 8 Tagen plötzlich heftige Schwächeanfälle mit Zeichen cerebraler Anämie und Brechreiz, die sich in den nächsten 2 Tagen noch einige Male wiederholten. Dann Besserung. Seit 8 Tagen beständiger Abgang roten Blutes.

Klagt über Obstipation und Urindrang.

Aufgenommen am 2. XII. 98.

Befund: Vagina livide. Portio livide. Uterus antesinistroponirt, überragt etwas den Beckeneingang. Durch eine Leiste mit der rechten Kante des Uterus verbunden ein rechts entwickelter, fast bis zur Cristahöhe gehender, den Douglas tief herabdrängender, fluktuirender Tumor, der sich nach links hinter dem Uterus verliert. An den beiden ersten Tagen nach der Aufnahme leicht febril bis 38,4.

5. XII. Kolpotomia posterior.

Quere Incision im hinteren Scheidengewölbe mit Eröffnung des Hämatocelensackes. Sofort Entleerung massenhafter Blutcoagula. Ausräumung mit Finger und Gazetupfern. Blutung gering. Jodoformgazetamponade. Menge der Coagula: 420 gr.

Verlauf: Infolge Sekret-Stauung 2 mal etwas über 39,0 Temp.-Steigerung, sonst glatter Verlauf.

Am 2. Tag Gaze teilweise, am 3. Tag ganz entfernt. Sekretion dauert sehr reichlich fort, nicht übelriechend. Vom 23. Tag an keine Gaze mehr eingeführt.

Am 25. Tag entlassen:

Portio dick, median, sieht abwärts. Uterus anteflektirt, Fundus etwas unter dem oberen Symphysenrand, beweglich. Hinter demselben querer Wundspalt. Rechts vom Uterus ein über wallnussgrosser, zieml. weicher Tumor, rechts hinten fixirt. Linke Adnexe normal.

Wiedervorstellung am 21. I. 99.

Befund unverändert.

14. IV. 99. Seit der Entlassung 3 mal menstruirt ohne Beschwerden, zuletzt vor 8 Tagen, nicht reichlich.

Uterus anteflektirt. Incisionsnarbe etwas empfindlich. Rechte Tube verdickt. Vom Tumor nichts mehr nachzuweisen.

10. XI. 99. Wohlbefinden. Periode regelmässig, zuletzt vor 8 Tagen. Uterus anteflektirt, Adnexe deutlich palpabel, normaler Befund. Incisionsnarbe bei Berührung leicht schmerzhaft.

Fall 23. Tubarabort. 1898. II. 69.

Frau E. E., 27 Jahre alt, aus Hockenheim, verheiratete sich im 18. Jahr und gebar 3 mal, zuletzt vor 3 Jahren. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 13. Jahr, 4 wöchentl., 6 Tage d., zuletzt vor einigen Tagen. Vor 14 Tagen 2 Stunden lang Leibschmerzen.

Aufgenommen am 1. VII. 98.

Befund: Uterus dextrovertirt, retrovertirt. Links davon ein wurstartiger, nicht schmerzhafter Tumor, von vorn nach hinten ziehend.

4. VII. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Linke Tube pflaumengross verdickt 2 cm. seitlich von der Tubenecke. Ampulle gänzlich frei. Vorn ist der Tumor leicht adhärent. Loslösung, beiderseitige Unterbindung und Abtragung des Tumors.

Der gehärtete, durchschnittene Tumor zeigt starke Verdünnung der Wandung, zwischen ihr und dem Ei ein grosser circulärer Bluterguss. Eihöhle mit losen Blutgerinnseln gefüllt, Embryo nicht auffindbar.

Verlauf: Am 2. Tag 38,3, sonst afebril. Heilung der Bauchwunde per primam.

Am 24. VII.: Entlassen:

Uterus dextroponirt. Am linken Horn gliedlanger, querer, nicht empfindlicher Auswuchs.

Wiedervorstellung am 7. XI. 99.

Periode stets regelmässig. Uterus retrodextrovertirt. Adnexe erscheinen nicht nachweisbar erkrankt.

Fall 24. Hämatocele retrouterina. 1898 II. 86.

Frau M. K. 24 Jahre alt aus Heddesheim. Im 7. und 22. Jahr erkrankte sie an Diphtherie, verheiratete sich im 19. Jahr und gebar 1 mal spontan vor 3 Jahren. Wochenbett afebril. Stillte. Periode seit dem 18. Jahr, anfangs unregelmässig, später regelmässig. Letzte am 3. XI. 97 dann angebl. 7 Tage Diphtherie, darnach beständig rechtsseitige Leibschmerzen bis 2. I. 98. 12 Tage Blutabgang, dann Besserung. Am 27. I. 98 Ohnmacht nnd starke Blutung mit Stücken. Keine Decidua. 3 Tage zu Bett. Arbeitete dann wieder, dabei beständig Leibschmerzen und Schwindelgefühl. Seit Ende Februar wieder regelm. Periode bis vor 4 Wochen. Seit der Zeit im Anschluss an rasches Treppensteigen plötzlich auftretende Leibschmerzen, bettlägrig.

Obstipation seit Januar.

Aufgenommen am 1. VIII. 98.

Befund: Uterus anteponirt, mittelgross. Dahinter ein das Scheidengewölbe vorwölbender faustgrosser, undeutlich fluktuirender Tumor.

3. VIII. Kolpotomia posterior.

Querschnitt. Ausräumung des Hämatocelensackes. Jodoformgazetomponade.

Verlauf: Am 9. und 10. Tag Abends 38,2.

Am 24. Tag aufgestanden.

Am 30. Tag entlassen.

14. XI. 99. Periode stets regelmässig, 5 Tage dauernd ohne Beschwerden. Uterus anteflektirt, dextrovertirt. Adnexe normal.

Fall 25. Tubarabort. 1898 II. 94.

Frau J. H. 36 Jahre alt aus Musbach. Stets gesund, verheiratete sich im 22. Jahr, gebar 2 mal normal und abortirte 1 mal. Nach dem Abort 6 Wochen lang bettlägrig. Stillte. Periode seit dem 14. Jahr, 4 wöch., 5 Tg. dauernd, letzte am 10. Juni. Dann 6 Wochen Amennorrhoe, seit 21. VII. andauernd Blutabgang.

Aufgenommen am 24. VIII. 98.

Befund: Untersetzte, blass aussehende Frau. Nephritis parenchymatosa. Colostrum beiderseits. Portio leicht livide. Uterus gross, sinistroponirt. Rechts davon ein weicher, nicht schmerzhafter Tumor.

3. IX. Laparotomie.

Medianlängsschnitt. Rechte Tube stark vaskularisirt, unten derb, adhärent. Beim Herausschälen platzt die Tubenwand und wird das Ei mit 3 cm langem Embryo und Placenta allein entfernt. Unterbindung der Gefässe u. Abtragen der Sackwand mit Ausnahme des vorderen und unteren Abschnittes. Der zurückbleibende Teil des Sackes mit Jodoformgaze tamponirt, letztere zum unteren Wundwinkel herausgeleitet.

Verlauf: Starke Sekretion.

In den ersten beiden Tagen bis 38,4 Temp.

Am 3. Tag Gaze erneuert.

Am 8. Tag Fäden gezogen. Stichkanaleiterung mit Temp.-Steigerung 38,1.

Am 10. Tag Abends 39,8; ein kleiner Bauchdeckenabscess bricht spontan durch, dann afebril.

Bis zum 18. Tag Drainage täglich.

Am 22. Tag ausser Bett.

Am 31. Tag entlassen:

Narbenlänge 9 cm. Im unteren Abschnitt Klaffen der Wundränder, Drainageöffnung fast geschlossen. Portio hinten hoch, links. Uterus anteflektirt, retrovertirt. Kein Stumpfexsudat.

November 1899: Periode regelmässig, normaler Genitalbefund. Diastase der Rekti.

Fall 26. Hämatocele retrouterina nach Tubarabort. 1899. III. 40.

Frau K. S., 23 Jahre alt, aus Heidelberg. Als Kind 2 mal Pneumonie, im 21. Jahr magenleidend. Verheiratete sich am 10. XI. 98. 1 Abort im III. Monat vor 3 Jahren, afebriler Verlauf. Periode seit dem 15. Jahr regelmässig, 4wöchentlich, 8 Tage dauernd, letzte am 6. XII. 98. Pat. hielt sich bereits Ende Dezember für gravid. Am 14. I. 99 mässige Blutung mit Leibschmerzen, die fortdauerten. Seit etwa 10 Tagen besonders rechts starke Leibschmerzen. Am 27. und 30. XII. Ohnmachtsanfälle mit Erbrechen.

Aufgenommen am 30. I. 99.

Befund: Kleine, gracile, blass aussehende Frau. Colostrum vorhanden. Im Urin eine Spur Albumen. Uterus I^0 retroflektirt, sinistrovertirt, Portio livide. Rechts vom Uterus ein bogenförm. gekrümmt., kleinfingerdicker, nach vorn aussen convexer, scheinbar die Tube darstellender Wulst.

31. I. Klinische Untersuchung in Narkose. Diagnose offen gelassen.

3. II. 10 Uhr Vorm. Diffuse Schmerzen im Unterleib. Erbrechen. Meteorismus. 0,01 Morph. mur. subc. Priessnitz.

4. II. Nachts 5 mal Erbrechen, 1 Ohnmachtsanfall. Bei Tage 5 mal Erbrechen. Wehenartige Schmerzen. 0,01 Morph., normale Temp.

5./7. II. Schmerzen geringer.

15. II. Innere Untersuchung sehr schmerzhaft. Der rechtsseitige Tumor ist gewachsen und hat sich auch hinter dem Uterus verbreitert, fühlt sich weich und und fluktuirend an, weshalb Hämatocele angenommen und sofort Punktion gemacht wurde, bei der sich schwarzes Blut entleerte.

Kolpotomia posterior.

Querschnitt. Ausräumung des glatten Hämatocelensackes. Jodoformgazetamponade.

Verlauf: In den ersten 3 Tagen Abends bis 38,6. Am 2. Tag Tamponade erneuert, die Anfangs starke Sekretion mit Abgang von Stückchen lässt unter tgl. Tamponade rasch nach, die Schrumpfung des Sackes geht rasch voran. Vom 16. Tag ab keine Tamponade.

Am 23. Tag ausser Bett.

Am 26. Tag entlassen.

Portio rechts tief, sieht nach vorn abwärts. Uterus stark sinistrovertirt. wenig beweglich. Im hinteren Scheidengewölbe die noch granulirende Incisionsnarbe mit verdickten Rändern. Hinter dem Uterus breite Schwarten als Residuen des Hämatocelensackes.

Wiedervorstellung am 8. XI. 99.

Keine Beschwerden, nur bei Witterungswechsel ist die Narbe schmerzhaft. Periode regelmässig, ohne Schmerzen. Portio median. Uterus retrovertirt. Im Douglas noch Ueberreste des Hämatocelensackes. Abtastung ist schmerzhaft. Links Adnexe leicht palpabel.

Fall 27. Tubarabort. 1899 III. 151.

Frau J. S. 26 Jahre alt aus Schwetzingen. Stets gesund. Heiratete im 23. Jahr, gebar 2 mal spontan, zuletzt vor 10 Monaten. Wochenbetten afebril. Stillte. Periode seit dem 17. Jahr, 4 wöch., 4—5 Tage, letzte Mitte Februar. 14 Tage später erneute, bis jetzt andauernde Blutung mit Schmerzen in der rechten Seite. In den letzten Tagen Nachlassen der Schmerzen und Blutung.

Aufgenommen am 17. IV. 99.

Befund: Portio livide. Uterus anteflektirt, vergrössert, median. Rechts und hinter demselben ein höckeriger, etwa hühnereigrosser, weicher Tumor.

19. IV. Kolpotomia posterior.

Querschnitt. Die nicht adhärente, ungeplatzte Tube wird angehackt und herabgezogen unter Entgegendrücken von oben. Sie ist blaurot und wird der Länge nach incidirt u. sodann ausgeräumt. Darnach feste Tamponade des Tubarsackes uud des Douglas.

Verlauf: Gänzlich fieberfrei.

Vom 2. Tag ab Tamponade erneuert.

Am 18. Tag entlassen.

Fall 28. Tubarabort mit Cystoma ovarii der andern Seite

1899 III. 209.

Frau L. R. 48 J. alt aus Eppelheim. Erblich phthisisch belastet. Im 25. Jahr Coxitis dextra mit Ankylose. Heiratete im 23. Jahr. Keine Geburt. Periode seit dem 17. Jahr, 4 wöch., 3 Tage dauernd. In den letzten 4 Jahren unregelmässig, letzte Anfang November 1898. Vor 4 Wochen Abends plötzlich heftige, krampfartige, nach unten drängende Schm., die ganze Nacht hindurch. Morgens starke Blutung mit festen Klumpen, die Patientin angebl. nicht zerdrücken konnte; die Blutungen dauerten bis heute an. Vor 2 Tagen Ohnmachtsanfall.

Klagt über Schwindelgefühl, Obstipation, erschwerte Urinentleerung. Eckelgefühl.

Aufgenommen am 24. V. 99.

Befund: Im Unterbauch ein bis zum Nabel reichender, weicher, fluktuirender Tumor, dessen obere Grenze nur undeutlich palpabel ist.

Uterus ante- sinistroponirt, anteflektirt, elevirt. Porto weich, livide, sieht nach rechts vorn unten. Hinteres Scheidengewölbe vorgedrängt durch einen weichen, deutlich fluktuirenden Tumor, der sich in den Bauchtumor fortzusetzen scheint. Von der linken Kante des Uterus geht ein bogenförmig verlaufender, mit der Concavität nach rechts gerichteter, der Tube angehöriger Tumor ab.

29. V. Kolpotomia posterior.

Querschnitt. Incision des anscheinend parametran entwickelten rechtsseitigen Tumors, wobei sich ca. 1 Liter heller, dünner Flüssigkeit entleert. Tumor wird dabei von oben ins Becken hereingedrückt. Darnach wird der linksseitige Tubentumor deutlich palpabel. Incision desselben der Länge nach, wobei sich teils geronnenes, teils ungeronnenes Blut entleert. Linksseitiger Tumor und Douglas fest mit Jodoformgaze tamponirt.

Verlauf: Gleich nach der Operation schwerer Collaps. Kochsalzinfusion und Klystier, Aortencompression, 3 Spritzen Campheräther.

Vom 2. Tag ab täglich Gazewechsel.

Am 30. Tag Gaze weggelassen, Sonde dringt noch 2 cm. in die Tiefe.

22. VI. Entlassen.

Uterus normal gross, anteflektirt. Portio median. Rechtes Parametrium verdickt, links die Tube verdickt fühlbar.

Weitere Nachrichten waren von der Patientin nicht zu erlangen.

Fall 29. Tubarabort. 1899 III. 382.

Frau E. K. 26 Jahre alt aus Mannheim. Nie krank. heiratete im 23. Jahr, gebar 1 mal normal vor $2^1/_2$ Jahren. Wochenbett normal, Periode seit dem 18. Jahr regelmässig, 4 wöch., 8 Tage dauernd, letzte vor 8 Wochen. Seit drei Wochen Schmerzen auf beiden Seiten. Vor 14 Tagen plötzliche Blutung mit Stücken. Vor 8 Tagen erneute Blutung. Schmerzen beim Uriniren.

Aufgenommen am 21. IX. 99.

Befund. Abdomen druckempfindlich. Colostrum links. Vagina leicht livide. Uterus anteflektirt, deutlich abgrenzbar. Hinter demselben ein runder, prall elastischer, fluktuirender, überaus schmerzhafter Tumor. Rechte Adnexe deutlich palpabel, links nicht.

23. IX. Kolpotomia posterior.

Querschnitt. Einschneiden des Tubarsackes und Ausräumung desselben. Dann feste Jodoformgazetamponade.

Verlauf: Vorübergehende Temp.-Steigerung bis 38.0. Vom 3. Tag ab täglich Gaze erneuert.

9. X. Ausser Bett.

14. X. Entlassen.

Uterus anteflektirt, median, normal gross. Links noch Reste des geschrumpften Sackes nachweisbar, rechte Adnexe normal. Incisionswunde verheilt.

Fall 30. Hämatocele retrouterina. 1899 III. 403.

Frau K. F. 42 Jahre alt aus Nussloch. Im 17. Jahr an Typhus erkrankt. Heiratete im 28. Jahr. Periode seit dem 18. Jahr regelm, bis vor 7 Wochen. Seit 12 Tagen Schmerzen im Unterleib bes. links, seit 8 Tagen Blutung mit Stücken.

Aufgenommen am 2. X. 99.

Befund: Uterus dextroponirt, anteflektirt, etwas vergrössert. Cavum Douglasii ausgefüllt mit einem prall elasti-

schen Tumor, der das Scheidengewölbe besonders links vorwölbt.

4. X. Kolpotomia posterior.

Querschnitt. Ausräumung der Hämatocele.

Verlauf: 2 mal 38,4, sonst afebril. Vom 3. Tage an täglich Gazewechsel bis zum 10. Tag. Rasche Schrumpfung des Sackes.

21. X. Entlassen:

Incisionswunde nahezu verheilt. Uterus dextrovertirt, anteflektirt. Normal. Vom Sack nichts mehr zu fühlen.

Gehen wir nunmehr an der Hand der vorliegenden Krankheitsfälle zur Schilderung der Krankheit selbst über, so interessiren uns hier zunächst die aetiologischen Verhältnisse. Zwar haben die experimentellen und anatomischen Arbeiten der jetzten Jahre bedeutende Fortschritte gegen früher auf diesem Gebiete zu verzeichnen, doch sind wir noch weit von einer befriedigenden Lösung der Frage entfernt. Häufig waren es rein theoretische Erwägungen, die für die Entstehung der Extrauterinschwangerschaft herangezogen wurden, wie z. B. die mechanischen Erklärungsversuche, dass durch Verlegung des Weges durch Tubentumoren oder Abknickungen infolge von Adhäsionen das befruchtete Ei in der Tube zurückgehalten werde und nun hier zur Entwickelung gelange, oder dass eine Erkrankung des Eies selbst die Ursache sei. Die gröste Wahrscheinlichkeit besitzt die Anschauung, dass die fehlerhafte Einistung auf einer entzündlichen Affektion der Tube speciell der Tubenmucosa beruhe, sei es nach einem fieberhaften Puerperium oder einer ascendirenden Gonorrhoe, wodurch ein teilweiser Verlust des Flimmerepithels der Tubenmucosa entstanden sei. Hiermit würde dann auch das häufige gleichzeitige Vorkommen von Ovarienentzündungen mit Tubargravidität zu vereinbaren sein, da erstere gleichsam nur den Rest einer früheren allgemeinen entzündlichen Genitalaffektion darstellen. (Küstner.)

Eine gonorrhoische Erkrankung konnte in keinem Falle mehr nachgewiesen werden, wie sie überhaupt bei unserer Landbevölkerung, aus der gerade die hierher gehörigen Fälle am häufigsten stammen, nicht eben oft zur Beobachtung

kommt. Ein febriles Wochenbett hatten nur zwei Frauen durchgemacht, bei der einen (17) dauerte das Fieber zwei, bei der anderen (13) 14 Tage. Schwerere Folgeerscheinungen scheinen aber in beiden Fällen nicht eingetreten zu sein.

Gleichzeitige Erkrankung der Ovarien fanden sich in zwei Fälleu (6 und 28) und zwar cystische Degeneration auf derselben Seite (6), auf der andern (28).

Das Alter, in dem die meisten Erkrankungen vorkamen, schwankte zwischen dem 26. und 40., also im geschlechtsreifsten Alter der Frauen, nämlich:

im 20.—25.	Jahr	:	3
26.—30.	„	:	10
31.—35.	„	:	6
36.—40.	„	:	7
41.—45.	„	:	2
46.—50.	„	:	2

Frauen, die schon ein- oder mehrere Male geboren haben, scheinen eher disponirt zu sein. So fanden sich unter den 30 Frauen nur 4 Nulliparae. Von den Uebrigen hatten geboren:

1	mal	:	7
2	„	:	5
3	„	:	5
4	„	:	2
5	„	:	3
6	„	:	2
7	„	:	1
8	„	:	1

Davon hatten 8 Frauen abort. u. zwar sieben 1 mal, eine 2 mal.

Die Zeit zwischen letzter Geburt und Beginn der Tubargravidität betrug meist 1—3 Jahre.

Bezüglich der anatomischen Verhältnisse bieten uns die Krankenberichte nichts Neues; soweit überhaupt Untersuchungen vorliegen, bestätigen sie nur die bereits bekannten Resultate. In sehr vielen Fällen fand sich weder der Embryo, noch Reste von Chorionzotten in den ausgeräumten Coagula vor. Bei den durch Kolpotomie operirten Fällen ist dies ohne weiteres verständlich, indem man sich dabei auf die einfache Ausräumung des Hämatocele- oder Tubarsackes ohne Zuhilfenahme der Curette beschränkte. Zudem hatte der Tubarabort oder Ruptur meist schon in den beiden ersten Schwangerschaftsmonaten stattgefunden, die Operation und Untersuchuug oft aber erst einige Wochen später, sodass die Resorption schon weit vorangeschritten sein konnte.

Nur in 5 Fällen konnten Foeten gefunden werden im Fruchtalter von 1 Monat: Fall 6

2 „ „ 25
3 „ „ 18
5 „ „ 14 und 11.

Auf einen anatomischen Befund möchte ich noch hindeuten, der nicht allzu häufig zur Beobachtung zu kommen scheint, und zuerst von Fränkel beschrieben wurde. In Fall 9 ist der Tubarsack vollkommen parametran entwickelt, woran wohl kein Zweifel bestehen kann, da keine Verwachsungen gefunden werden konnten, um eine pseudointraligamentäre Entwicklung vorzutäuschen.

Wie schon Eingangs erwähnt, begegnete die Diagnose der Extrauteringravidität oder Hämatocele früher, als noch die exspektatire Therapie die vorherrschende war, grossen Schwierigkeiten. Seit wir aber in der Lage waren, unsere Untersuchungsbefunde durch die Operation controlliren zu können, ist die Sicherung in der Diagnosenstellung eine viel grössere geworden.

Es giebt nun eine Reihe von Symptomen, die wegen ihres constanten Vorkommens von vornherein den Gedanken an diese Erkrankung wachrufen und die Frauen auch am häufigsten veranlassen, ärztliche Hilfe nachzusuchen. Das wichtigste derselben ist das Verhalten der Periode.

In relativ wenigen Fällen war dieselbe stets regelmässig, meist bestand kürzer oder länger dauernde Amenorrhoe, bis dann plötzlich ein ein- oder mehrmals nacheinander auftretender stärkerer Blutabgang folgte, der nun in wechselnder Stärke anhielt oder nur im Abgang eines blutigen Schleimes sich kennzeichnete. Nach längerer Zeit, wenn sich die Decidua und der Uterus zurückgebildet hatten, schwanden dann diese Erscheinungen wieder und die Periode stellte sich in regelmässigen Intervallen wieder ein.

Eine Zusammenstellung unserer Fälle ergiebt, dass 10 mal keine Amenorrhoe bestand, bei den übrigen dagegen eine solche von 1—4 Monate.

Die meist zu Beginn des Tubarabortes oder der Ruptur sich einstellenden starken Blutungen fehlten in 5 Fällen vollständig. Der Abgang einer Decidua konnte nur in 3 Fällen gefunden werden; er scheint demnach kein constanter Befund zu sein oder wurde er von den betreffenden Patienten übersehen.

Zugleich mit der uterinen Blutung stellten sich meist krampfartige Schmerzen im Leib ein, die verschiedenfache Ursachen haben können. Einerseits mögen sie wohl zusammenhängen mit Contraktionen der infolge des beginnenden Abortes gedehnten Tubenwand, zumal auch manche Patienten direkt wehenartige Schmerzen in der betr. Seite angeben. Denn wenn auch bei den nach der Operation vorgenommenen Untersuchungen die Muskulatur des Tubarsackes häufig im Zustande fettiger Degeneration angetroffen wird, so kann sich diese sehr wohl erst nach erfolgter Ei-

ablösung nachträglich entwickelt haben. Andererseits können die Schmerzen auch veranlasst sein durch den infolge des Blutaustritts ins Peritoneum gesetzten Reizzustand desselben, oder endlich als Uteruskontraktionen zur Austreibung der Decidua aufgefasst werden.

Je nach dem Grade der inneren Blutung finden wir entweder gar keine anämischen Erscheinungen, oder solche vom leichten Schwindel bis zum schweren Collaps.

Der Eintritt der Blutungen erfolgte meist ohne äussere Veranlassung, doch gaben 3 Frauen direkt eine solche an. (8. 18. 2.2)

Bei der meist frühzeitigen Unterbrechung der Extrauteringravidität ist es erklärlich, dass eigentliche Schwangerschaftszeichen nur in sehr wenigen Fällen vorhanden waren. So z. B. fanden wir nur in 9 Fällen livide Färbung und in 7 Fällen Colostrum.

Vereinzelt kam es auch noch vor, dass sich die Frauen selbst für gravid hielten, wie wir dies in 3 Fällen beobachten konnten, in 2 weiteren war vom Arzt die Diagnose auf Gravidität gestellt worden.

Hatte sich bereits eine Hämatocele ausgebildet, so klagten fast alle Frauen über Schmerzen beim Stuhl und Uriniren, welch letztere sich sogar bis zur völligen Retention steigern konnten. Ausserdem fanden sich häufig ausstrahlende Schmerzen in ein Bein, Erscheinungen, die zweifellos vom Druck des Blutergusses auf die Organe des kleinen Beckens herzuleiten sind.

Der Explorationsbefund zeigte in vielen Fällen grosse Uebereinstimmung. Bei bestehender Tubargravidität oder Tubenabort ohne Hämatocele war neben dem gewöhnlich etwas vergrösserten Uterus ein deutlicher wurst- oder eiförmiger Tumor von weicher Beschaffenheit nachweisbar, zu dessen sicherer Erkennung allerdings öfters die Narkose zu Hilfe genommen werden musste. Diese empfiehlt sich überhaupt bei diesen Fällen, da eine schonendere und gründlichere Untersuchung dabei vorgenommen werden kann. Hatte sich durch eine Ruptur oder einen Abort bereits eine ausgesprochene Hämatocele entwickelt, so fand sich der Uterus elevirt und nach der der erkrankten entgegengesetzten Seite an das Schossbein gedrängt, der Fundus konnte deutlich über demselben gefühlt werden. Das hintere Scheidengewölbe war dann gewöhnlich stark nach unten vorgebuchtet und bei der bimanuellen Untersuchung fand sich ein Tumor von ungleicher Festigkeit in seinen einzelnen Partien, je nach dem längeren oder kürzeren Bestand der Hämatocele. In einem Fall (14) war sogar der ausgetretene Foetus im Douglas deutlich palpabel. Die obere Grenze des Tumors war bei seiner Weichheit oft nur schwer oder

gar nicht abzutasten, der Tumor bald mehr einseitig entwickelt, bald auf die andere Seite übergreifend.

Können nun weder Anamnese noch die Untersuchung die Diagnose sicher stellen, so bleiben noch zwei Wege, um Aufschluss zu bekommen: nämlich die Probepunktion von der Vagina aus und das Probecurettement zum Nachweis decidualer Elemente. Von einer systematischen Probepunktion haben wir in unseren Fällen Abstand genommen und nur in 3 Fällen (20, 21, 26), davon Gebrauch gemacht, bei zweien sofort die Kolpotomie angeschlossen. In den meisten Fällen wird man sie wohl jetzt entbehren können.

Das Probecurettement wurde, da es doch gewisse Gefahren wie Blutungen etc. zur Folge haben kann, nie gemacht; nach einer einfachen Uterussondirung trat in einem Fall (4) 5 Tage lang leichte Temperaturerhöhung ein.

Wie schon erwähnt, war die Therapie eine ausschliesslich operative. Der Grund hierfür lag einesteils in den meist ungünstigen socialen Verhältnissen der Patienten, die eine länger dauernde exspektative Behandlungsmethode nicht durchführen liessen, andernteils in der relativen Ungefährlichkeit des operativen Eingriffes, dem glatten raschen Verlauf und den vorzüglichen Dauerresultaten nach demselben.

Zwei Wege nur sind es, auf denen wir zum Krankheitsheerde zu gelangen vermögen, durch Laparotomie oder die von Zweifel eingeführte Kolpotomia posterior, den hinteren Scheidenschnittt.

Die Frage, welcher von beiden Operationsmethoden der Vorzug zu geben sei, lässt sich immer nur ganz individuell entscheiden. Massgebend dabei ist in erster Linie, ob wir es mit einer frischen Ruptur oder Abort mit starker innerer Blutung zu thun haben, oder ob die Ruptur resp. Abort schon längere Zeit zurückliegen und sich bereits eine Hämatocele ausgebildet hat oder evtl. ein ungeplatzter Abort besteht. Im ersteren Falle kann natürlich nur die Laparotomie in Betracht kommen. Sie bietet die besten Verhältnisse, das Operationsgebiet möglichst klar zu legen, die Quelle der Blutung rasch aufzufinden und zu verschliessen. Gleichzeitig kann auch sofort die Exstirpation der erkrankten Tube angeschlossen werden sowie eine gründliche Ausräumung aller Blutcoagula. In anderen Fällen vermag man auch die oftmals vorkommenden nicht unbedenklichen Adhäsionen zu trennen, kurz eine sorgfältige Correktur alles Erkrankten vorzunehmen.

Fehlt jedoch die Indikation zu einem sofortigen operativen Eingriff, hat man die Wahl zwischen Laparatomie und Kolpotomie, wie dies besonders in Fällen ausgebildeter Hä-

matocele innerhalb der ersten 2 Monate der Fall ist, so wäre nach unseren Erfahrungen unbedingt der Kolpotomie der Vorzug zu geben. Denn:

1) ist die Operationsdauer (sie beträgt ca. 15—20 Min.) bedeutend abgekürzt, was besonders bei hochgradig anämischen Kranken wegen des geringeren Chloroformverbrauchs nicht ohne Belang ist.
2) ist die Infektionsgefahr eine viel geringere, besonders in Fällen ausgebildeter Hämatocele, weil der Eingriff dabei gleichsam zu einem extraperitonalem wird. Bei bereits eingetretener Verjauchung lässt sich eine viel bessere Drainage bewerkstelligen.
3) ist die Nachbehandlung wesentlich vereinfacht, sowohl betreffend der Wundbehandlung, wie der Ernährung.
4) vermögen die Patienten wegen des raschen Heilungsverlaufes früher ihrer Arbeit wieder nachzugehen.

Diesen unzweifelhaften Vorteilen gegenüber haben sich bei der Kolpotomie auch gewisse Nachteile gezeigt:

1) das Operationsfeld entbehrt der Uebersichtlichkeit, man ist dabei mehr auf die Palpation als auf das klare Sehen angewiesen. Es kann daher bei plötzlich auftretenden Blutungen doch noch die sofortige Laparotomie nötig werden. Doch ist bei unsern Fällen nie ein unangenehmer Zwischenfall vorgekommen.
2) es ist schwer, oft ganz unmöglich den eigentlichen Sitz der Erkrankung, die Tube zu entfernen.

Was nun die Operationen selbst betrifft, so wurden dieselben folgendermassen ausgeführt:

Bei den Laparatomien wurde thunlichst alles Erkrankte entfernt, Hämatocelen oder Blutcoagula ausgeräumt, in Fällen, wo eine parenchymatöse Nachblutung zu befürchten war oder grosse Sackreste zurückgelassen werden mussten, die Jodoformgazedrainage des unteren Bauchhöhlenabschnittes gemacht.

Bei der Kolpotomia posterior legte man nach gründlicher Desinfektion auch des Unterbauches mit einer hinteren Simon'schen Platte und zwei Seitenplatten das hintere Scheidengewölbe frei, die angehackte Portio wurde unter der Symphyse nach vorne gezogen, dann die hintere Platte entfernt und an deren Stelle die Spannung der hinteren Scheidenwand durch zwei Finger bewerkstelligt. Früher folgte nur ein medianer Längsschnitt und Fixirung der Vaginalwandungen mit Catgut. Später wurde er ersetzt durch einen Querschnitt, der hart am Uebergang der Vaginalschleimhaut auf die Portio erstere auf eine Länge von ca. 5 cm breit

spaltete. Die dabei auftretende geringe Blutung konnte meist unberücksichtigt bleiben, selten wurden Umstechungen nötig. Durch stumpfes Tieferdringen längs der Cervix gelangte man zum Peritoneum. Dieses wurde mit Pinzette und Scheere gespalten, der Spalt nach beiden Seiten verbreitert, dann zwei Seitenhalter in den Douglas eingeführt und nun entweder die Hämatocele entleert oder der prall gespannte Tubarsack in seiner Länge auf 4—5 cm eingeschnitten. Die Ausräumung geschah unter leichtem Entgegendrücken von oben, mittelst Finger und sterilen Gazetupfern. Dann wurde der ganze Sack- oder der noch freie Douglas mit Jodoformgaze fest austamponirt.

Eine desinfizirende Ausspülung des Sackes wurde wegen der grossen Intoxikationsgefahr stets unterlassen; der in Fall 1 aufgetretene Collaps ist zweifellos auf die Ausspülung zurückzuführen.

Besonderes Interesse bieten noch die Fälle 21, 27, 28, bei denen nach Eintritt des Abortes die Tube noch vollkommen frei bei der Operation sich fand; hierbei wurde unter Herabdrücken von oben die Tube längs gespalten, ausgeräumt und fest austamponirt, ohne dass, wie erwartet wurde, eine stärkere Blutung dabei eintrat. Zur ev. Laparatomie war schon alles vorbereitet.

Die Nachbehandlung war äusserst einfach. Vom 2—4 Tag wurde gewöhnlich die Jodoformgaze stückweise in Rückenlage entfernt und noch einige Tage, solange grössere Gewebspartikel sich abstiessen, auf dem Untersuchungsstuhl täglich erneuert, ev. auch durch ein Gummidrainrohr ersetzt, wobei gewöhnlich ausserordentlich rasch Schrumpfung des Sackes eintrat. Beschleunigt wurde dieselbe durch Tränken der eingeführten Gaze mit einem Gemisch von Ol. Therebinth. in Ol. Papaveris 1 : 6, um die Granulationsbildung anzuregen. Wenn keine nennenswerte Gazeeinführung mehr möglich war, wurden Scheidenspülungen mit 1% Lysol vorgenommen.

Die Zusammenstellung ergiebt nun, dass die Laparatomie 16 mal ausgeführt wurde, davon 7 mal mit Drainage der Bauchhöhle:

6 mal : Salpingotomia dextra.
4 „ : „ sin.
1 „ : Salpingo-Oophorectomia dextra.
2 „ : „ „ sin.
1 „ : Entfernung eines Lithokelyphopaedion.
2 „ : Ausräumung einer Hämatocele.

Es fand sich bei diesen Fällen:

6 mal : Tubarabort ohne He. (3, 9, 15, 17, 23, 25)
3 „ : „ mit „ (4, 5, 7).
1 „ : „ mit Foetus und freiem Blut in abdomine (6).

1 mal : Tubenruptur mit Foetus und freiem Blut in abdomine (18).
2 „ : „ mit retro- und anteuterinem Bluterguss (8, 14).
1 „ : Lithokelyphopaedion in abdome (11),
2 „ : Hämatocele retrouterina (10, 13).

Die Kolpotomia posterior wurde 13 mal gemacht, 2 mal mit Sagittal-, 11 mal mit Querschnitt und zwar:

8 mal : bei Hämatocele retrouterina (1, 2, 12, 19, 22, 26, 24, 30).
1 „ : bei Tubenruptur mit freiem Blut in abd. (16).
3 „ : „ Tubarabort und nicht adhärenter Tube (21, 27, 28).

Ausserdem wurde noch eine Hämatocele retrouterina (20) bei hochgradigem Diabetes mit Punktion allein behandelt.

Der Heilungsverlauf war fast durchwegs ein günstiger, wenn auch häufig (bei Laparatomie 13, bei Kolpotomie 9 mal) geringe ein oder mehrmalige Temperatursteigerung beobachtet wurde; sie war meisst durch Resorption oder selten durch Stichkanaleiterung bedingt. Ernstere Complikationen, kamen nicht vor, insbesondere war niemals eine nachträgliche ausgesprochene Verjauchung des Hämatocelensackes bei der Kolpotomia eingetreten, was von manchen Gegnern als Grund gegen diese Operationsmethode angeführt wurde.

Nach Kolpotomie verliessen die Patienten gewöhnlich schon vom 11.—23. Tag das Bett, bei Laparatomie vom 14.—35. Tag. Ebenso schwankte auch die Gesammtheilungsdauer bei Kolpotomie zwischen 17 und 28 Tagen, bei Laparotomie zwischen 18 und 46 (resp. 74 im Fall 7) Tagen.

Von den Patienten ist keine einzige gestorben.

Die Vergleichung der Entlasungsresultate ergiebt, soweit Notizen darüber vorliegen: in 11 Fällen waren keine Residuen mehr nachweisbar, Ueberreste des Sackes waren noch palpabel in 6 Fällen, diffuse Resistenz im Douglas in 6 Fällen, kleine Douglas- oder Stumpfexsudate in 5 Fällen, Bauchnarbenfisteln nach Drainage in 3 Fällen.

Ueber das weitere Befinden der Patienten ergeben die Anfang November 1899 erfolgten Nachuntersuchungen oder brieflichen Mitteilungen folgendes:

Zwei Frauen (5 und 11) starben, erstere an unbekannter Krankheit, letztere $^1/_2$ Jahr nach der Entlassung an Entkräftung.

Die übrigen 17 Frauen, die noch weiterhin verfolgt werden konnten, sind alle als dauernd geheilt zu betrachten. Bei allen trat die Periode wieder regelmässig ein; 3 Frauen (12, 15, 17) haben inzwischen wieder normal geboren, eine im VII. Monat abortirt. Von 10 nachuntersuchten Frauen waren bei 4 noch geringe Sackreste nachweisbar (13, 14, 20

26), Diastase der Rekti einmal (25), leichte Narbenhernie einmal (8).

Nach allem Gesagten scheinen sich mir diejenigen Fälle für Kolpotomia posterior zu eignen, in denen entweder eine ungeplatzte Tubarschwangerschaft oder Tubarabort der ersten zwei Monate, sowie eine abgekapselte Hämatocele besteht, dagegen die Laparotomie für noch floride Tubarschwangerschaften nach dem zweiten Monat, wobei der Tumor über dem Beckeneingang in die Höhe geht.

Zum Schluss spreche ich

Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Kehrer

für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie für die freundliche Unterstützung bei Abfassung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank aus.

Fall №	Jahrgang	Journal №	Name	Alter	Geburten	Anamnese	Laparotomia	Kolpotomia
1	1889	21	K.B.	38	2 vor 2 J. 6 M. 1 J. 6 M.	8. IX. 88. Trauma während der Periode. Collaps. 4 W. Blutg., dann 3 M. Amenorrhoe, wonach 2 mal je 8tg. Blutg. m. Schm.	—	Ausräumung Ausspülung Tamponade.
2	1890	5	J. E.	29	3 vor 5 J. 2 J. 6 M. 6 M.	Letzte Periode 1. XI. 89. Mitte XI. Krampfartige Schm. Seit 24. XII. andauernd Blutung.	—	Ausräumung Tamponade.
3	1892	3	S. A.	40	6 letzte: März 1890	Letzte Periode Anfang XI. 91, dann 6 W. Amenorrhoe. Am 24. X. starke andauernde Blutung.	Sack platzt intr. op. Ausräum. Vern.	—
4	1893	290	J. P.	37	3 und 1 Abort vor 2 J.	Vor 4 Wochen plötzl. starke andauernde Blutungen.	Salpingotomia. Drainage.	—
5	1894	96	M. Z.	49	1 und 2 Abort vor 10 J.	Seit XII. 93 keine Periode.	Salpingo-Oophorectomia	—
6	1894	216	A. S.	26	1 vor 15 J.	Vor 3 J. 1 mal 7 u. 9 W. Amenorrhoe. Seit 4 Wochen Schmerzen.	Salpingo-Oophorectomia.	—
7	1894	367	M. C.	27	—	Seit 5 W. andauernd Blutg. mit Klumpen u. Fetzen.	Salpingotomie	—
8	1894	381	W.H.	40	1 vor 5 J.	Letzte Per. vor 14 Tg. Am 6. XII. inf. Pressens a. d. Abort. Schm., Ohnm. Seit 7. XII. Blutg. Am 20. XII. Deciduaabg., 22. XII. stk Bltg., 25. Collaps, Temp.-Steig.	Salpingotomia Drainage.	—
9	1896	284	L. H.	35	4 und 1 Abort vor 3 J.	Vom 3. V.-14. VI. Amenorrhoe von da ab Blutg. m. Schmerzen. Schwindel, Uebelkeit.	Salpingotomia	—
10	1896	152	M. E.	30	—	Seit 3 Wochen andauernd Blutung.	Ausräumung Drainage.	—
11	1897	336	F.M.	38	2 letzte vor 16 J.	V. 4 J. 3 M. Amenorrhoe, b. Spaz. gang Blutg., d 2 M. Amenorrhoe plötzl. Schm., Ohnm. Deciduaabg., Besserg. Periode regelm.	Entfern. d. Foetus. Res. u. Vernäh. d. Sack. Drain.	—
12	1897	348	J. R.	35	6 letzte X. 96	2 mal nacheinander plötzlich auftretende Schm. mit Blutung.	—	Ausräumung Drainage.
13	1897	408	J. N.	39	4 und 1 Abort vor 3 J.	Letzte Per. v. 13 W. Vor 5 W. plötzl. Schm. und Collaps mit geringer Blutung.	Ausräumung Drainage.	—
14	1898	156	K. S.	28	1 vor 6 J.	Letzte Per. 10. XII. 97. Am 18. I. geringer Blutabgang. 18. II. Collags. 8 Tage später Deciduaabgang.	Salpingotomia. Drainage.	—
15	1898	193	M. S.	23	2 letzte 19. V. 97.	Ostern 1898 8 Tage n. d. Periode erneute öfters wiederkehrende Blutung m. Schwindelanfällen.	Salpingotomia.	—

Befund	Tuben-Abort r=rechts l=links	Tuben-Ruptur	Behandl. Tage	Entlassungs-Befund	Briefl. Mitteilungen. Spät. Untersuchungen.
Hämatocele retrouterina.	?	?	26	Incisionswunde noch granulirend. Uterus anteflektirt. Dahinter im Douglas diffuse Resistenz.	——
Hämatocele retrouterina.	r.	—	27	Uterus antevertirt. Sack noch ziemlich gross, austastbar.	——
Tubarabort.	r.	—	24	Heilung per primam. Uterus stark elevirt, vom Sack nichts mehr zu fühlen.	——
Tubarabort. Hämatocele retrouterina.	r.	—	26	Glatte Heilung mit stecknadelkopfgrosser Fistel. Uterus anteflektirt Reste des Sackes fühlbar.	1896: Abort im 7. Mon.
Tubarabort. Hämatocele retrouterina.	l.	—	18	Glatte Heilung. Uterus anteflektirt. Im Douglas noch eine Resistenz fühlbar	Patientin ist gestorben unbekannt woran.
Tubarabort. Freies Blut m. Embryo in abdomine. Cystoma ovarii d.	r.	—	19	Glatte Heilung. Uterus dextroflektirt leicht adhärent.	——
Tubarabort Hämatocele retrouterina	l.	—	74	Heilg. d. Bauchwunde b. a. 2 Stichkan. Uterus durch Stränge vorn fixirt. Kleiner parametr. Exsudattumor.	——
Tubenruptur. Ante- u. retrouteriner Bluterguss.	—	l.	40	Glatte Heilung. Uterus anteflektirt.	Uterus I° retroflektirt Leichte Narbenhernie. Periode regelmässig. Wohlbefinden.
Tubarabort intraligamentärer Sitz.	r.	—	28	Glatte Heilung. Uterus elevirt. sinistroponirt.	Periode regelmässig. Wohlbefinden.
Hämatocele retrouterina.	?	?	28	Unterer Wundwinkel noch granulirend mit 2 Fisteln. Uterus dextroretrovertirt.	——
Lithokelyphopaedion in abdom. seit 4 J.	?	?	40	Wunde bis auf kleine Fistel verheilt. Uterus anteponirt, elevirt. Dahinter noch Sackreste fühlbar.	6 Monat später an Entkräftung gestorben.
Hämatocele retrouterina.	?	?	28	Uterus anteflektirt. Incisionsöffnung noch granulirend.	Periode regelmässig. Normale Geburt vor 5 Wochen. Gichtleidend.
Tubarabort Hämatocele retrouterina	?	?	46	Glatte Heilung. Uterus anteflektirt. Sackrest noch fühlbar.	Periode regelmässig. Wohlbefind. Aussehen blühend. Befund unverändert.
Tubenruptur Foetus v. V. Monat in Abdomine.	—	r.	53	Noch kleine Narbenfistel. Uterus anteflektirt. Rechts kleiner Exsudat-Tumor.	Periode regelmässig. Fistel geschloss. Noch Exsudatreste fühlbar.
Tubarabort	l.	—	19	Glatte Heilung. Uterus elevirt, vorn adhärent. Im linken Parametrium kleiner Tumor.	Periode regelmässig. Normaler Partus vor 10 Wochen.

Fall №	Jahrgang	Journal-№	Name	Alter	Geburten	Anamnese	Laparotomia	Kolpotomia
16	1898	265	K. D.	28	5 letzte vor 3 J.	Letzte Periode vor 7 Wochen, darnach andauernd Blutung.	—	Ausräumung Drainage.
17	1898	324	L. B.	29	3 letzte v. 1 J. 6 Monaten	Letzte Periode vor 12 Wochen. Vor 6 Wochen Blutg. mit Schm. Seit 4 Woch. andauernd Blutg.	Salpingotomia	—
18	1898	328	J. F.	33	1 vor 13 J.	Letzte Periode vor 12 Wochen, vor 8 Tg. nach Feldarbeit Ohnmacht, wehenartige Schmerz.	Salpingotomia	—
19	1898	478	W. M.	43	7 u. 1 Abort vor 6 J.	Letzte Periode vor 8 Wochen, vor 4 Wochen krampfartige Schm., mit geringer Blutung.	—	Ausräumung Drainage.
20	1898	485	A. B.	40	4 letzte v. 3 J.	Seit 6 Wochen fast andauernd Blutung und krampfartige Schmerzen.	—	Punktion.
21	1898	510	J. L.	35	2 letzte v. 7 J.	Letzte Periode vor 2 M. 15 Tg. Seit 6 W. zeitw., seit 4 W. anhalt. Blutg. m. krampfart. Schm.	—	Punktion, Inc. d. Tubarsack., Entl., Drainage.
22	1898	511	K. K.	34	6 u. 1 Abort v. 5 Mon. 15 T.	Letzte Periode v. 2 Mon. Nach Ueberanstreng. plötzl. wehenSchmerzen. Seit 8 Tagen Blutung.	—	Ausräumung Drainage.
23	1898	69	E. E.	27	3 letzte v. 3 J.	Periode stets regelm., vor 14 Tagen plötzlich Leibschm.	Salpingotomia	—
24	1898	86	M. K.	24	1 vor 3 J.	Vor 9 Monaten 2 Monate Amenorrhoe.	—	Ausräumung Drainage.
25	1898	94	J. H.	36	2 u. 1 Abort	Letzte Periode v. 10 Wochen. Seit 4 Wochen andauernd Blutung.	Salpingotomia Drainage	—
26	1899	40	K. S.	23	1 Abort vor 1 J.	Letzte Periode am 6. XII. 98. Am 14. I. 99 mässige Blutung mit Schmerzen. Zuvor 2 Ohnmachtsanfälle.	—	Punktion. Ausräumung Drainage.
27	1899	151	J. S.	26	2 letzte vor 10 Mon.	Letzte Periode vor 2 Monaten. Seit 6 Wochen andauernd Schmerzen und Blutung.	—	Incision des Tubarsackes Ausräumung Drainage.
28	1899	209	L. R.	48	—	Letzte Periode vor 6 Mon. 15 Tg. Vor 4 Wochen plötzl. Blutung mit Schmerzen. Ohnmachts-Anfall.	—	Incision des Tubarsackes Ausräumung Drainage.
29	1899	382	E. K.	26	1 vor 2 Jahr 6 Mon.	Letzte Periode vor 8 Wochen, seit 3 W. Schm., v. 14 Tg. plötzl. Blutg. m. Stücken. Vor 8 Tagen erneute Blutung.	—	Ausräumung Drainage.
30	1899	403	K. F.	42	—	Letzte Periode vor 9 Wochen, vor 12 Tg. Schm., seit 8 Tagen Blutung mit Stücken.	—	Ausräumung Drainage.

Befund	Tuben-Abort r-rechts l-links	Tuben-Ruptur	Behandl. Tage	Entlassungsbefund	Briefl. Mitteilungen. Spät. Untersuchungen.
Tubenruptur freies Blut in abd.	—	r.	19	Uterus anteflektirt. Incision verheilt.	Periode regelm. Uterus anteflekt, retrovert, bewegl., a. Adnex. nichts Pathologisches.
Tubarabort	r.	—	23	Glatte Heilung. Uterus anteflektirt.	Periode regelm., Wohlbefinden. Norm. Partus vor 9 Wochen.
Tubenruptur freies Blut in abd.	—	l.	23	Glatte Heilung. Uterus anteflektirt. Im Douglas kleiner Exsudattumor.	Periode regelm. Wohlbefinden.
Hämatocele retrouterina	?	?	21	Incisionswunde noch granulirend. Uterus gestreckt, dextroponirt. Im Douglas noch Sackreste.	Periode regelm. Wohlbefinden. Uterus III° retroflekt.
Hämatocele retrouterina	?	?	9	Im Douglas der geschrumpfte Sack fühlbar.	Periode regelm. Wohlbefinden. Sackreste noch fühlbar.
Tubarabort Tubarsack nicht adhärent	l.	—	16	Incision verheilt. Uterus dextrovertirt.	—
Hämatocele retrouterina	?	?	25	Uterus anteflektirt. Sack noch palpabel.	Periode regelm. Wohlbefinden.
Tubarabort	l.	—	20	Uterus dextroponirt. Links kleines Stumpfexsudat. Wunde gut vernarbt.	Periode regelm. Wohlbefinden. Uterus dextroretrovertirt.
Hämatocele retrouterina	?	?			Periode regelm. Wohlbefinden. Uterus anteflektirt, dextrovertirt. Adnexe normal.
Tubarabort	r.	—	31	Uterus anteflektirt. Bauchwunde bis auf eine kleine Fistel verheilt.	Periode regelm. Normaler Genitalbef. Diastase der Rekti.
Tubarabort Hämatocele retrouterina	r.	—	26	Incisionswunde noch granulirend. Uterus noch stark sinistrovertirt. Sackreste noch fühlbar.	Periode regelm. Wohlbefinden. Uterus retrovertirt. Noch Sackreste fühlbar.
Tubarabort Tubarsack nicht adhärent	r.	—	18		—
Tubarabort Cyst. ovarii d. Tubarsack nicht adhärent	l.	—	24	Uterus anteflektirt.	—
Tubarabort	l.	—	21	Incisionswunde verheilt. Noch Sackrest fühlbar.	—
Hämatocele retrouterina	?	?	17	Incisionswunde fast verheilt. Uterus anteflektirt.	—